

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1911-1912. — N° 55

Travail de la Clinique gynécologique

du Professeur Aug. POLLOSSON

LE TRAITEMENT CONSERVATEUR

dans les

SALPINGO-OVARITES

(Ses résultats éloignés d'après 46 ablations partielles d'annexes)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 19 Décembre 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LOUIS ARMAND

Elève de l'École du Service de Santé Militaire

Lauréat de l'École de Médecine de Marseille

né à Auch, le 2 Janvier 1887.



IMPRIMERIE DUCROS & LOMBARD

41, Rue du Tunnel, VALENCE

1911

Le Traitement Conservateur

dans les Salpingo-Ovarites

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1911-1912. — N° 55

Travail de la Clinique gynécologique

du Professeur Aug. POLLOSSON

LE TRAITEMENT CONSERVATEUR

dans les

SALPINGO-OVARITES

(Ses résultats éloignés d'après 46 ablations partielles d'annexes)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 19 Décembre 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LOUIS ARMAND

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Lauréat de l'École de Médecine de Marseille

né à Auch, le 2 Janvier 1887.



IMPRIMERIE DUCROS & LOMBARD

41, Rue du Tunnel, VALENCE

1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN
J. COURMONT ASSESEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE,
LÉPINE, PIERRET.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales		ROQUE.
		BARD.
Clinique obstétricale et Accouchements.		PONCET.
Clinique ophtalmologique.		JABOULAY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		FABRE.
Clinique des maladies mentales		ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.		NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes		X.
Physique médicale		WEILL.
Chimie médicale et pharmaceutique		POLLOSSON (A).
Chimie organique et toxicologie		CLUZET.
Matière médicale et Botanique.		HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		MOREL.
Anatomie		BEAUVISAGE.
Anatomie générale et Histologie		GUIART.
Physiologie		TESTUT.
Pathologie interne		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		MORAT.
Anatomie pathologique		COLLET.
Médecine opératoire		COURMONT (P.)
Médecine expérimentale et comparée		PAVIOT.
Médecine légale		POLLOSSON (M.).
Hygiène.		X.
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacologie		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, nez et larynx	LANNOIS.
Pathologie externe.	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET,

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL	agrégés
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD	—
Clinique infantile	MOURIQUAND	—

AGRÉGÉS

MM. SAMBUC REGAUD COMMANDEUR GAYET NEVEU-LEMAIRE PATEL	MM. J. LÉPINE LESIEUR Etienne MARTIN LAROYENNE VORON NOGIER	MM. LATARGET BRETIN LERICHE THEVENOT TAVERNIER. CADE.	MM. MOURIQUAND. ARLOING (F.). GUILLEMARD
--	---	---	---

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. A. POLLOSSON, président ; FABRE, assesseur ; VILLARD et VORON, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Je dédie ce travail en témoignage de mon affection.

A MON FRÈRE, A MES SŒURS

A MON BEAU-FRÈRE

A TOUS MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AUG. POLLOSSON

Professeur de Clinique gynécologique

à la Faculté de Médecine de Lyon

Chirurgien de la Charité

Il nous a inspiré le sujet
de notre travail et nous a
toujours accueilli avec bien-
veillance. Nous le prions de
croire à toute notre gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR VIOLET

Chef de Clinique gynécologique

Il ne nous a pas ménagé ses
conseils et son aide pour mener
ce travail à bien. Nous l'en
remercions bien sincèrement.

A MES MAITRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

ET DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Les traitements conservateurs visent tous à atteindre le même but : ils doivent ménager le plus possible les fonctions physiologiques de l'organe auquel ils s'adressent. En gynécologie, c'est la fonction génitale de la femme qu'on cherche à sauvegarder. Mais si le but est le même, les moyens diffèrent pour arriver au résultat cherché : les uns, joignent à la conservation physiologique, la conservation anatomique et utilisent le traitement des annexites, complété par de petits moyens agissant sur l'utérus, cause de tout le mal. D'autres font de la chirurgie conservatrice, et ici encore s'impose une division : les petits moyens tels que la salpingostomie, la salpingorraphie, la salpingo-ovoro-syndèse, les déchirures d'adhérences forment parfois la partie essentielle de l'opération ; nous les appellerons des moyens plastiques parce que dans ces cas, l'exérèse est nulle ou à peu près.

Dans d'autres cas ce sont des interventions d'urgence se bornant à ouvrir des abcès, mais ne traitant

pâs la cause de la maladie : ce sera par exemple la colpotomie. Enfin certains chirurgiens emploient de plus grands moyens et font une intervention plus large, en enlevant une annexe entière, une annexe et une partie de l'annexe opposée, une partie d'annexe.

Ce sont ces dernières interventions qui ont été pratiquées chez les femmes dont nous présentons ici les observations au nombre de 46 : les opérations plastiques n'ont été qu'un temps complémentaire de l'intervention dont le principal but a été l'ablation partielle des annexes.

La grande majorité de nos observations provient de malades opérés à la Clinique de M. le Professeur Pollosson. Des interventions conservatrices beaucoup plus nombreuses ont été pratiquées à la Clinique, mais nous n'avons pu avoir le résultat éloigné que de ces 46 opérations. Les opérées ont reçu un questionnaire (1) leur demandant de mentionner les troubles qu'elles présentaient encore, on les priait de venir se faire examiner à la Clinique. Les 46 malades qui feront la base de ce travail ont répondu ou sont venues se faire examiner. On a pu se rendre compte par le toucher, dans certains cas, du résultat anatomique de l'intervention.

C'est à l'aide de ces données que nous avons entrepris notre travail. Après avoir parcouru dans l'his-

(1) Nous adressons nos remerciements à M. Violet qui a bien voulu nous confier 4 de ses observations ; et à M. Murard, interne du service, qui a mis aimablement à notre disposition les résultats éloignés qu'il avait recueillis, et qui doivent faire l'objet d'un prochain travail.

torique les diverses phases du traitement des annexites en général, et de leur traitement conservateur en particulier, nous étudions les avantages et les inconvénients de la castration totale d'une part, et l'ablation partielle d'autre part. Un quatrième chapitre est réservé à des considérations sur le traitement conservateur.

Enfin nous présentons nos observations et les analysons à la fin de ce travail, aussi complètement qu'é possible de façon à en tirer des déductions qui feront l'objet des conclusions de notre travail.

Historique

Jusqu'en 1872 le traitement des annexites a été un traitement presque exclusivement médical. C'est à partir de cette date, que sous l'initiative de Lawson-Tait commence le véritable traitement chirurgical. Le premier il eut l'idée d'enlever directement à l'aide de la laparotomie les annexes malades. Cette opération ne tarda pas à être universellement adoptée.

Mais bientôt à cause de certains succès, Péan imagina d'enlever l'utérus par le vagin pour permettre l'évacuation facile des suppurations pelviennes, en supprimant la « bonde » qui fermait la cavité abdominale. L'hystérectomie vaginale, suivie ou non de l'ablation des annexes fut ensuite vulgarisée par Segond qui s'en fit le plus ardent défenseur.

On s'aperçut, dans la suite, que cette merveilleuse opération ne donnait pas des résultats excellents dans tous les cas. Il était parfois difficile, dans les cas compliqués de faire une opération complète par le vagin. Aussi à la suite des progrès de la chirurgie abdominale, on essaya d'appliquer à la cure des annexites

l'hystérectomie abdominale totale avec ablation des annexes malades. Cette méthode supplanta dans bien des cas l'hystérectomie vaginale.

Après avoir traversé pendant quelques années une période de castration à outrance, on ne tarda pas à s'apercevoir que dans un grand nombre de cas, les malades, qui avaient subi la castration totale, continuaient à souffrir et que la suppression de la glande génitale occasionnait chez elles des troubles variés qui n'étaient pas seulement les accidents de la ménopause simple.

A la suite de quelques tentatives heureuses en Allemagne, Schroeder 1884, Martin 1889, Skutsch 1889 ; en Amérique Murphy 1885, Polk 1886 ; en France Terrillon 1885, s'élevèrent de tous côtés des voix qui crièrent les abus de la castration. C'est ainsi que Doleris écrivait en 1892 un article véhément, intitulé : « Trop de mutilations inutiles, pas assez de gynécologie conservatrice », Tillaux écrivait en 1894 qu'« il ne saurait trop s'élever contre l'abus déplorable qui est fait aujourd'hui de ce genre d'intervention (ablation des annexes) » que Munde disait « qu'il serait heureux s'il pouvait amener la jeune génération à user moins du bistouri et à conserver à la femme ses organes caractéristiques ».

Pendant ce temps étaient apparues des opérations nouvelles et des perfectionnements à la technique ancienne.

Polk indiquait son procédé de libération des adhérences et de cathétérisme de la trompe (1887) ; Skutsch créait la salpingostomie (1889).

Partout, on signalait de bons résultats locaux et généraux, on publiait des cas de grossesse.

Un engouement considérable se fit bientôt pour la chirurgie conservatrice des annexes ; et, aux bons résultats du début, il fallut ajouter des cas malheureux, suivis de récidives. De nombreux travaux furent publiés à la suite desquels les chirurgiens de tous les pays se partagèrent en partisans et adversaires de la chirurgie conservatrice des annexes.

En Allemagne cependant, où le mouvement conservateur était né, les partisans furent nombreux ; les publications de Martin (1889-1891), de Skutsch (1889), de Sippel (1893), de Dürsshen (1894), de Mackenrodt, apportèrent de brillants résultats qui aidèrent vaillamment à soutenir la lutte pour la conservation. En Angleterre, Polk (1891-1894) et en Amérique Dudley (1893), qui défendit les idées de Polk, firent des tentatives couronnées de succès. Gersuny suivit leur exemple (1897) ; Vineberg et Jewet soutinrent devant la société obstétricale de New-York l'utilité de la conservation partielle des annexes. Dudley publie une statistique de 88 opérations conservatrices des annexes parmi lesquelles plusieurs pyosalpinx ; la guérison fut radicale dans tous les cas, 14 malades accouchèrent normalement et à terme. Burrage en 1900 rapporte les bons résultats qu'il a eus à l'occasion de 137 opérations conservatrices des annexes.

En France il n'y a que quelques années que ces méthodes ont trouvé des défenseurs.

En juillet 1891, Pozzi communique à la société de chirurgie un cas de résection de l'ovaire avec salpin-

gorraphie. Il recommande ces opérations ainsi que la rupture des adhérences. Routier ayant eu deux cas malheureux se montre l'adversaire de ces interventions conservatrices. En 1895, Delbet entre dans cette voie et publie une observation remarquable de salpingostomie suivie de grossesse. En même temps, Laroyenne, à Lyon, publiait les bons résultats de son opération. A cette époque apparaissent les thèses de Chavin (1895), de Isaac (1895), de Dezon (1897), de Montana (1897), d'Ayrolles (1897) qui préconisent la salpingo-ovaro-syndèse de Clado, et enfin de Jarsaillon (1900) qui vante les bons résultats de la salpingostomie. Les communications de Tuffier, de Legueu et de Faure à la Société de chirurgie de Paris, en 1905, s'occupent de la question. La thèse de Py en 1909 vante les avantages des opérations conservatrices, pendant que son maître, de Rouville fait paraître une série de 130 observations conservatrices, suivies de bons résultats (1910-1911).

Actuellement beaucoup de chirurgiens français, sous l'impulsion de Pozzi sont conservateurs, en gynécologie : Schwartz, Tuffier, Legueu, Terrier, Delbet, Bouilly et même Richelot.

Mais un certain nombre en tête desquels il faut citer : Routier, Segong, Reclus, sont les adversaires acharnés de cette méthode.

La Castration totale et ses partisans.

La castration totale a été longtemps en faveur auprès d'un grand nombre de chirurgiens jusqu'à ces dernières années ; elle l'est encore, auprès des adversaires de la conservation, qui cependant gagne peu à peu du terrain. Quelles sont les raisons qu'évoquent les partisans et les adversaires de la conservation pour repousser ou vanter cette opération radicale ?

Ses Avantages.

La principale raison qu'invoquent certains chirurgiens en faveur de la castration totale c'est la *réalité d'une guérison durable*. C'est ainsi qu'en 1897, Delagenière consulté écrivait (Audiau). « Toutes nos opérées vont à merveilles. Je n'ai jamais eu de satisfaction plus grande dans aucun genre d'intervention : guéries de l'opération, ces malades recouvrent complètement la santé ». A ce moment la fonction de sécrétion interne de la glande ovarienne était peu connue et

nul doute que les troubles qu'ont pu présenter les opérées, n'aient été attribués à autre chose qu'à l'ablation totale des ovaires.

Les guérisons locales sont en effet la règle dans la castration totale. Elles peuvent se manifester à longue échéance par la constatation :

1° De la disparation des douleurs.

2° De l'absence de récidives.

La disparation des douleurs, si elle survient ordinairement, n'est cependant pas constante puisque Delbet s'est occupé de rechercher les causes de leur persistance et, bien que, depuis quelques années, on ait modifié la technique de l'ablation des trompes (résection de la portion utérine, avec cautérisation du trajet intra-utérin), tous les chirurgiens avouent avoir constaté des faits de ce genre dans leur pratique, dans les cas où ils laissaient l'utérus.

L'absence de récidives paraît plus constante, surtout dans les cas où l'utérus est enlevé. Quelle serait en effet l'origine d'une infection nouvelle après une intervention plus complète que l'hystérectomie vaginale qui souvent laissait les annexes, que la salpingostomie, qui toujours laissait l'utérus, que les opérations conservatrices surtout qui laissent un foyer d'infection dans le petit bassin, capable de se réveiller au moment où l'on s'y attend le moins.

A côté de ces avantages indéniables, certains chirurgiens, moins radicaux excusent cependant leur radicalisme même, par la facilité de l'opération d'abord :
a) « l'ablation de l'utérus et des annexes est aujourd'hui
« chose le plus souvent facile et d'une grande béni-

« gnité, et les malades n'ont que trop de tendance à
« nous affranchir de notre réserve par le désir nettement exprimé d'être débarrassées d'un coup de la
« totalité de leurs organes et de se voir ainsi guéries
« pour toujours » (De Rouville).

b) La peur des récidives enfin : « quand après avoir
« ouvert l'abdomen et bien dégagé les ovaires et les
« trompes de leurs adhérences, on les trouve manifestement sains, on peut les laisser en place. Leur libération suffit quelquefois, mais combien peu d'opérateurs ont le courage d'agir ainsi : le moindre follécule kystique est jugé suffisant pour entraîner la castration » (Duncan).

Ses Inconvénients.

1° Suppression de la sécrétion interne de l'ovaire.

Le résultat de cette chirurgie radicale est l'établissement de la ménopause à une époque en général anticipée, les femmes traitées étant le plus souvent jeunes ou peu avancées en âge. La majorité des opérées souffre de l'apparition de nouveaux troubles dus à l'établissement de la ménopause artificielle. Ces troubles sont si gênants et parfois si persistants dit de Rouville, qu'un chirurgien expérimenté comme Chrobak n'a pas hésité à écrire : « Les nombreux malaises dont se plaignent la plupart des femmes à qui on a enlevé les ovaires n'ont de tout temps gâté la joie de les avoir opérées. »

Ces troubles dans le détail desquels nous ne pouvons

entrer sont donc réels. Ils consistent en des bouffées de chaleur très fréquentes (80 % des cas) et souvent très longtemps persistantes : des pertes de mémoire (75 % des cas) portant surtout sur des faits récents : des modifications du caractère (23 % des cas) telles que surexcitation nerveuse, apathie, hyponcondrie ; de l'asthénie nervo-musculaire et des états neurasthéniformes (céphalées, sueurs, insomnies, cauchemars, fatigue et courbature matinale ; des troubles de la nutrition caractérisés principalement par une tendance exagérée à l'embonpoint et à l'obésité, et exceptionnellement par un amaigrissement rapide ; quelques troubles des sens (asthénopie accommodative) et de la phonation ; des désordres des fonctions vénériennes, plus rares et plus inconstants ; enfin des troubles mentaux qui peuvent d'ailleurs éclater après toutes sortes d'interventions, chez des prédisposées.

La liste de ces troubles est longue et les avis sont partagés sur leur association et leur intensité, certains leur donnent beaucoup d'importance : « Très souvent ils persistent, assez accusés pour que l'opérée reste encore après sa guérison chirurgicale, une véritable malade ». (Boursier.)

« Ces troubles sont très fréquents, dit Jayle, « ennuyeux non seulement pour la malade, mais aussi « pour son entourage. Ils durent beaucoup plus « longtemps qu'on ne le dit, et quelques-uns paraissent « au-dessus de tout traitement. » A ceux-là on peut répondre qu'ils exagèrent et que de quelques cas malheureux, persistants et rebelles à tout traitement,

il ne faut pas déduire que dans la majorité des cas, l'opérée devient une nouvelle malade.

D'autres au contraire, considèrent ces accidents comme bénins. D'après Ferry, ce sont des troubles peu considérables, le plus souvent légers et temporaires : tels sont les bouffées de chaleur, les céphalées, les insomnies, les cauchemars, les psychoses, l'asthénie musculaire ; rarement tenaces (tels la perte de la mémoire des choses récentes, l'asthénopie accommodative). « Plusieurs de nos opérées, dit de Rouville, ont beau-
« coup engraisé, d'autres plus rares ont accusé des
« bouffées de chaleur, et un certain énervement, mais
« ces troubles, inconstants d'ailleurs, sont toujours
« allés en s'atténuant progressivement jusqu'à dispa-
« raître au bout de quelques mois. Une seule de mes
« malades, très neurasthénique avant l'intervention, a
« vu son état nerveux s'aggraver après, dans des pro-
« portions inquiétantes, mais le terrain était chez elle
« bien préparé. Aussi la crainte de voir apparaître ces
« troubles entre-t-elle pour une bien faible part dans
« mes préoccupations de gynécologue conservateur ». De l'avis même d'un conservateur, on aurait donc nettement exagéré. On pourrait demander à ces derniers s'ils ont suivi toutes leurs opérées, et objecter qu'ils n'ont pas poursuivi leur enquête assez loin, jusque dans le foyer où vit la malade. En réalité, tous s'accordent à dire que les troubles sont à peu près constants après la castration ovarienne et que les bouffées de chaleur sont presque toujours observées, soit isolées, soit accompagnées d'autres troubles.

Mais la vérité semble être comme toujours dans un

éclectisme prudent, et on peut dire que, si les troubles de la ménopause artificielle sont fréquents, beaucoup sont ennuyeux, pendant un temps toujours limité, pour la malade et son entourage ; quelques-uns seulement sont graves, persistants et rebelles à tout traitement, ces derniers surviennent souvent chez des prédisposées nerveuses.

2° Suppression de la menstruation.

La femme a le système nerveux équilibré de façon à avoir des congestions périodiques pendant la plus grande partie de sa vie ; supprimons brusquement la congestion utéro-ovarienne physiologique en lui enlevant tout moyen de s'établir. Il est clair que, pendant un certain temps au moins, des troubles variés apparaîtront jusqu'à ce que l'organisme se soit adapté à ce nouvel état de choses.

Ce seront par exemple des congestions d'autres organes, des hémoptysies par exemple, ce seront des flux hémorroïdaires, des épistaxis, etc., d'autres fois on observera des phénomènes analogues aux phénomènes sympathiques du début de la grossesse ; d'autres fois ce seront des symptômes d'intoxication chronique plus nets qui se manifesteront chez une brightique au début, la suppression de l'écoulement ayant déterminé une moins grande élimination de toxines.

A côté de ce rôle objectif utile de la menstruation constatable par le médecin, il ne faut pas oublier l'effet psychique que produit sur la malade la conservation

de cette fonction, et on ne peut aucunement partager l'opinion de Delbet, qui ne lui attribue aucune valeur. La femme encore réglée, ne se sent pas amoindrie aux yeux de son entourage, et alors qu'elle ne conserverait même que quelques espérances de devenir mère, cela suffirait à lui conserver sa fonction menstruelle, quand le chirurgien peut entrevoir la guérison de la malade sans faire une ablation totale de l'appareil génital féminin.

3° Suppression des fonctions maternelles.

L'objection de la suppression de la vie sexuelle, disent les adversaires de la conservation, tombe devant ce fait que la malade est déjà stérile du fait de sa maladie et l'expérience a démontré que l'opérateur n'a pas d'influence sur les désirs sexuels. (Duncan).

A ceux-là nous répondrons par des chiffres précis, par des statistiques éloquentes qui montreront bien le peu du fondement de cette assertion. Les statistiques suivantes ont été établies pour divers traitements conservateurs : Doleris disait en 1890 que 10 % de femmes devenaient enceintes, Gouillard 10 %, Montana avait aussi 10 % de grossesses en 1899 ; Martin, de Berlin, 20 %, Pozzi, 24 %, Mangin allait jusqu'à émettre que lorsqu'il y a des lésions des annexes avec métrite et perméabilité probable des trompes, 41 % des femmes pouvaient devenir enceintes, 57 % à la suite de lésions simples et 21 % à la suite de lésions doubles. La diversité de ces chiffres, tient, nous le ré-

pétons à la diversité des traitements conservateurs suivis. Leur connaissance montre que la réalité de la grossesse au cours de la conservation utéro-annexielle n'est pas une utopie, mais au contraire un but qu'on doit chercher à atteindre.

A cette question de la stérilité de la femme après la castration totale se rattache un problème social, la dépopulation. Le nombre des femmes castrées est considérable dans les grandes villes et s'il croît encore, l'opération de Lawson-Tait deviendra un danger social tel, que Canu, dans sa thèse n'hésite pas à en faire une des principales causes de la dépopulation dans les grandes villes.

Que conclure de cette étude ? Que la castration totale fournit des résultats locaux durables, mais non parfaits, pour une assez grande partie ; qu'elle entraîne presque constamment des troubles de la santé générale, dont quelques-uns peuvent être graves et persistants ; que son abus constitue un danger ; et, qu'à côté de cette opération il faut étudier maintenant la castration partielle qui, peut être, ne nous donnera pas des résultats locaux sensiblement inférieurs, qui sera suivie dans tous les cas d'une bonne santé générale, et qui réservera à la malade la possibilité d'être mère et la joie de conserver les attributs de son sexe.

La Castration partielle

« La conservation poursuit un double but, le premier exclusivement social est d'assurer avec la conservation d'une annexe et de l'utérus, la fonction génitale, le second exclusivement individuel est d'assurer à la femme elle même, par la conservation d'organes à sécrétion interne comme l'ovaire ou à fonctionnement complexe comme l'utérus, une santé meilleure ». (Legueu).

Les avantages de la conservation résultent des inconvénients même de la castration : ce sont le maintien de l'intégrité des sécrétions externe et interne de l'ovaire et la faculté de menstruation.

La chirurgie gynécologique doit s'inspirer des règles qui régissent la chirurgie générale : quand il s'agit des plaies de la main par exemple, ou des doigts, ici la règle absolue, invariable, admise par tous, est qu'« il ne faut jamais amputer primitivement ». (Tillaux). Pourquoi n'agirions-nous pas de même en gynécologie.

On peut certainement établir que la conservation

des annexes malades est légitimée à priori par plusieurs considérations (Cerné).

a) Le fait clinique que des annexes très malades ont spontanément guéri d'une manière assez complète pour permettre le retour des fonctions : les statistiques de grossesses que nous avons citées le démontrent.

b) La vérification faite par tous les chirurgiens que, dans la plupart des cas, les trompes malades même suppurées, ne sont pas oblitérées du côté utérin.

c) La constatation que, hors des crises aiguës, le contenu des pyosalpinx eux-mêmes n'a qu'une virulence très atténuée.

Nous reparlerons de ces deux dernières propositions quand nous étudierons ce qui est relatif à la conservation de la trompe.

Mais auparavant il semble logique d'examiner ce qu'on peut conserver de l'appareil utéro-annexiel pour que l'opération mérite le nom d'opération conservatrice.

1° Une annexe et l'utérus laissés en place permettent d'entrevoir la possibilité d'une fécondation ultérieure. Ces organes assurent en outre la continuité de la menstruation et mettent en garde contre tout accident de ménopause chirurgicale.

2° Un ovaire (ou une partie d'ovaire) et l'utérus font perdre le bénéfice d'une fécondation possible, mais assurent une menstruation plus ou moins régulière et préviennent les troubles dus à l'insuffisance ovarienne.

3° Un ovaire, enfin ou une partie d'ovaire, s'ils font perdre tout espoir de maternité et suppriment la

menstruation, mettent en garde cependant contre les troubles généraux consécutifs à la castration totale.

Ce sont là 3 types de conservation d'organes que le chirurgien devra s'attacher à rechercher devant une lésion inflammatoire de l'appareil génital interne de la femme en cherchant toujours à conserver le plus possible, tout en enlevant les tissus malades.

Nous ne parlerons pas de l'ablation bilatérale des annexes avec conservation de l'utérus seul. Cette intervention mérite plutôt le nom d'économique que de conservatrice, car elle ne conserve ni l'ovulation ni la menstruation, ni la sécrétion interne de l'ovaire.

La possibilité de la conservation n'est compatible qu'avec le bon état des organes conservés ; il faut qu'ils soient sains ou à peu près sains.

Cette condition d'asepsie assez grande pour éviter une récurrence est commune à tous les organes conservés, nous l'examinerons pour la trompe, l'ovaire et l'utérus. Nous examinerons en outre des conditions particulières à chacun de ces organes pour que leur conservation soit justifiée.

1° Conservation de la trompe

Pour qu'une trompe puisse être conservée il faut :

1° Qu'elle soit perméable.

2° Qu'elle soit aseptique (condition idéale).

Laperméabilité de la trompe, conditions sine qua non de la fécondation, plus facile à apprécier par le chirurgien que son aseptie est la condition nécessaire, primordiale.

L'imperméabilité de la trompe se réalise de deux manières ; par oblitération inflammatoire et par coudures de l'oviducte.

Contrairement à l'opinion de Næggerath qui veut que la salpingite blennorrhagique détermine immédiatement une oblitération du pavillon, Hartmann croit qu'il n'est pas rare de voir un pavillon perméable dans la salpingite suppurée blennorrhagique. Comme elle ne s'accompagne pas nécessairement d'une oblitération du pavillon, elle ne voue pas nécessairement les femmes à la stérilité. Cependant il faut reconnaître que cette oblitération qui n'est pas nécessairement constante, est cependant habituelle. Dans les opérations faites sur des indications sérieuses, après des poussées plus ou moins graves de pelvi-péritonite (Cerné), on trouve les trompes oblitérées 5 ou 6 fois sur 10 (fermeture du pavillon de la trompe).

Le rôle des déviations de l'oviducte et des déformations de son canal dans la stérilité féminine paraît beaucoup plus important que celui des altérations matérielles des parois tubaires (Doleris). C'est pour cette raison qu'on s'efforce de rétablir la statique des trompes prolabées, par la salpingopexie au cours des opérations conservatrices.

L'oblitération de la trompe ne se fait pas d'un jour à l'autre, elle demande habituellement de longs mois. Elle est donc liée à son degré d'inflammation. Cette inflammation elle même dépendra du contenu plus ou moins septique de la trompe. Or, il est prouvé aujourd'hui que nombre de collections salpingiennes sont stériles, et que débarassées des foyers de contagion

qui leur viennent de l'utérus, elles ne demandent qu'à se vider ou se résorber (Fraipont). Cette stérilité implique, comme le dit Hartmann « le passage des collections tubaires de la phase purulente à la phase catarrhale ». D'après Doleris 40 % des poches purulentes seraient aseptiques, Wertheim aurait trouvé l'absence de microbes 72 fois sur 116 pyosalpinx. Cette proportion n'est pas assez forte et on joue forcément avec l'inconnu en conservant ces poches purulentes. Néanmoins il résulte de ceci que, *plus on opérera tard, plus on aura de chances d'intervenir pour des lésions aseptiques et plus on aura de chances d'avoir sous les yeux une trompe qui aura fini d'évoluer et dont on pourra par conséquent juger la conservation utile ou inutile.*

On peut se demander si les statistiques de grossesse ne se rapportent pas au fonctionnement de trompes du côté absolument sain. Betrix, de Genève, publiait en 1894, un fait probant à cet égard : c'était un cas de grossesse consécutif à la guérison par ponction ; d'une double collection tubaire (pyohématosalpinx d'un côté, hydrosalpinx de l'autre). Cette observation suffit à démontrer qu'une trompe, même malade, peut jouer son rôle physiologique.

2° Conservation de l'ovaire

Mais la légitimité de la conservation de la trompe n'est réelle que si l'ovaire du même côté est conservé en même temps que l'utérus. Quand, après ablation

totale, les règles persistent, les troubles de la ménopause sont peu accentués ; c'est qu'il reste un fragment d'ovaire. La persistance de la menstruation après une castration ovarienne paraissant totale indique en fait une opération incomplète (Blagny). En se basant sur ce seul fait clinique, on arrive donc à penser qu'il serait bon de rechercher à obtenir cette conservation même partielle de la glande ovarienne, que les opérateurs ont réalisée pour ainsi dire malgré eux.

Or, la conservation de l'ovaire expose à deux inconvénients :

1° Une récurrence possible.

2° L'obligation pour la ponte ovulaire de se faire dans le péritoine.

Cela est-il sans inconvénients ? La conservation des ovaires sans trompe ou sans perméabilité de la trompe paraît ne pas amener d'accidents du fait de l'ovulation intra-péritonéale. Bien que Routier ait publié, en 1905, un cas d'hématocèle chez une opérée à qui il ne restait qu'un ovaire ; et ait interprété le fait en disant que les règles s'étaient faites dans le péritoine, le cas est unique parmi les innombrables opérations de ce genre, et d'ailleurs d'autres interprétations se présentent au point de vue de la pathogénie de cette hémorragie post-opératoire tardive. De nombreux faits anatomopathologiques montrent l'innocuité de cette ponte, l'ovule tombé dans le péritoine laisse un petit kyste aseptique ou se résorbe.

La question de l'intégrité relative de l'ovaire est plus complexe. Si l'ovaire est parfois le siège de l'abcès, il faut avouer que, dans la majorité des cas, il

s'enflamme par contiguité et à un degré moindre que la trompe ; de sorte que la conservation d'un fragment d'ovaire loin du hile, vers l'endroit le moins altéré, apparaît comme possible dans un grand nombre de cas. On ne pensera pas à conserver même partiellement un ovaire suppuré ; le fait suivant vient à l'appui de cette proposition.

Observation inédite

Marie D... 15 ans, opérée de castration totale en Juin 1908, revient 1 an et 1/2 après pour nouveaux accidents. A la nouvelle laparotomie on enlève un petit kyste sous-péritonéal et des débris ovariens kystiques adjacents. La conservation involontaire d'un débris ovarien avait donc été cause d'une récidive.

La question de la conservation ne se posera donc qu'en cas d'ovaires peu altérés ou scléro-kystiques, ne paraissant pas assez malades pour entraîner une récidive.

L'ovaire laissé en place va-t-il toujours continuer à vivre et à fonctionner, ou bien l'opération ne sera-t-elle conservatrice que de nom ? La menstruation régulière des malades qui ont subi cette opération lève tous les doutes à ce sujet, ainsi qu'en témoignent les statistiques que nous étudierons.

3° Conservation de l'utérus

Les deux plus graves objections qu'on fasse à la conservation de l'utérus sont :

1° la persistance des douleurs ;

2° les récidives que son infection cause.

C'est pour ces raisons que nombre d'opérateurs ont joint maintenant à la castration annexielle totale l'ablation de l'utérus. Cependant, ces utérus douloureux après la castration annexielle, l'étaient souvent grâce à la persistance d'un moignon de la trompe laissé aux angles utérins (Delbet). De là une modification de la technique opératoire qui consiste à amputer la trompe le plus près possible de l'utérus et à cautériser le trajet intra-utérin de la trompe, dans le cas d'une ablation partielle. De nombreux résultats sont venus couronner cette manière de faire.

Une deuxième objection plus sérieuse, c'est que la muqueuse utérine restant infectée peut donner lieu à tous les inconvénients des métrites, à des hémorragies surtout, et aller même infecter la trompe conservée.

« La démonstration de la cause des récidives d'infection annexielle par l'intermédiaire seul de la trompe, dit Tuffier, est amplement faite par nos opérations de castration unilatérale pour salpingite. Dans les cas nombreux où j'ai dû opérer de nouveau pour une salpingite, du côté opposé j'ai trouvé l'intégrité du péritoine du côté opéré autrefois. Cette constatation au cours de la deuxième opération mon-

« tre bien que l'utérus n'avait nullement réagi de cé
« côté et que c'était en somme par la seule trompe
« restée perméable que l'infection s'était de nouveau
« propagée. » Ce sont évidemment là des raisons valables. Mais nombreux sont aussi les cas, où après castration double avec conservation de l'utérus, celui-ci reste infecté et donne toute la symptomatologie des métrites ; quoi de plus simple d'admettre que dans certains cas, la réinfection s'est faite comme lors de la première crise par continuité des tissus le plus souvent.

La réalité de l'infection de l'utérus est démontrée par le laboratoire et par la clinique. Quand on a affaire à des lésions suppurées des annexes on se trouve toujours en présence d'un utérus infecté. Ce fait a été prouvé par des expériences faites dans le laboratoire de Terrier à Bichat. Au cours de laparotomies pratiquées pour lésions suppurées des annexes, des fragments d'utérus furent enlevés, placés dans un bouillon de culture où ils cultivèrent. Cette constatation expérimentale trouve une confirmation dans le fait suivant rapporté par Delagenière. « En pratiquant l'hystéropexie dans des cas de lésions suppurées des annexes, nous avons vu les fils fixateurs s'infecter secondairement et devenir le siège d'abcès de la paroi, qui ne pouvait finir qu'après l'enlèvement du corps du délit ».

Quoi qu'il en soit la conservation de l'utérus infecté offre des dangers, semble-t-il aussi grands que ceux d'une trompe douteuse. Il appartient donc aux conservateurs de diminuer le danger en prévenant les récidi-
ves, il serait en effet irrationnel de ne tenir aucun

compte de l'état de l'utérus et de ne s'attaquer qu'à ses annexes ; puisque la maladie des annexes est consécutive à une maladie utérine, on n'est pas en droit de compter sur le traitement de l'affection des annexes pour déterminer une modification favorable de l'état de la matrice, modification d'ailleurs très inconstante.

Le traitement de l'utérus conservé s'impose donc soit en un seul temps, en même temps que la laparotomie, soit en deux temps, après la guérison opératoire de la malade. Ce traitement servira à deux fins, d'abord à remédier aux flexions et aux versions qui se rencontrent dans de grandes proportions dans les utérus métritiques, qui empêchent la fécondation et mettent obstacle au drainage, ce sera, par exemple, une hystéropexie ; dans certains cas il servira à prévenir la chute de ces utérus augmentés de volume grâce à la plicature ou au raccourcissement des ligaments ronds ; son second but sera ensuite de guérir la métrite, source de nombreux déboires pour la malade et pour le chirurgien, par la dilatation, le curettage ou les pansements intra-utérins.

ETUDE DES STATISTIQUES

Une dernière question nous reste à résoudre, qui a trait à la conservation, c'est celle qui consiste à savoir ce que deviennent les organes douteux laissés en place. Vont-ils s'infecter mutuellement et causer des récidi-
ves, vont-ils s'atrophier et perdre leur fonction, ou

vont-ils faire de la malade une femme perpétuellement souffrante qui regrette de s'être livrée aux mains du chirurgien ?

Nous avons trouvé un certain nombre de statistiques concernant des opérations partielles superposables à celles de nos malades ; nous allons en examiner les résultats éloignés.

**1° Conservation d'une annexe totale ou partielle,
mais pouvant permettre la fécondation**

En 1890, Bouilly apporte au congrès de Berlin le résultat de 3 malades opérées d'un seul côté, grandes invalides avant l'opération, et ne présentant plus de dysménorrhée, mais peu suivies.

L'année suivante, Jacobs, de Bruxelles, fait part de ses résultats au congrès français de chirurgie : il a opéré 9 malades d'un seul côté : une ayant subi l'ablation d'un pyosalpinx est devenue enceinte ; il ne parle pas des résultats locaux et les confond avec ceux d'autres opérations.

En 1891, Delbet, publie 40 cas d'ablation unilalérale dont 16 de date récente, sans valeur. Sur les 24 malades qui restent, 7 deviennent enceintes et donnent 10 grossesses ; ces 10 grossesses se répartissent en 2 fausses-couches, 4 enfants nés à terme, et 4 autres non encore arrivées à terme. Sur les 24 malades, 4 femmes ont succombé au bout d'un temps plus ou moins long, sans doute à cause des annexes laissées, supposées saines et en réalité malades ; mais elles ont donné

le jour à 4 enfants à terme, et quatre autres étaient sur le point de naître. Sur ces 24 cas, 15 secondes laparotomies auraient été nécessaires, au dire des partisans de l'ablation bilatérale ; 5 fois seulement elle a été faite et 5 fois avec succès. Pour les quatre morts, la deuxième opération aurait été nécessaire. Donc sur 24 cas, il y a 9 faits absolument contraires à l'opération, dont 4 morts et 5 mauvais résultats opératoires ; 7 faits sont favorables à l'ablation unilatérale (7 femmes ayant donné 10 grossesses). Entre les deux, enregistrons 3 femmes en parfaite santé mais sans grossesse et 6 femmes qui ont été malades dans la suite, mais n'ont pas été opérées et ont peut-être guéri. La mortalité totale a été de 3,7 % dont 7,2 % pour les cas suppurés et 1,2 % pour les cas non suppurés.

En 1895 paraît la thèse de Chavin qui apporte 9 nouveaux cas de castration unilatérale pratiqués par Delbet, 6 malades ont été revues et ont fourni 4 résultats parfaits et 2 échecs. En 1900 Cerné publie 21 cas de conservation des trompes, 9 fois peu altérées et 12 fois très altérées, 4 fois la trompe conservée renfermait du pus ; ces opérées sont dans un excellent état local et général dit-il, une seule a dû rentrer à l'hôpital pour douleurs locales. Il n'y a pas eu de grossesse, mais la date des opérations est trop rapprochée pour que nous puissions tenir compte de ce résultat.

Py (thèse de Montpellier 1909) étudie 21 ablations partielles ayant donné lieu à 4 opérations itératives suivies de bons résultats. Les 17 autres malades ont complètement guéri. Le résultat a été durable, contrôlé plus tard, et l'auteur mentionne 1 grossesse.

Enfin de Rouville en 1910 fait part de ses résultats : sur 32 opérations unilatérales, il a eu 32 guérissons et 3 grossesses. En résumé sur 92 malades opérées dans des conditions comparables nous relevons 15 grossesses, soit 10 %. Sur 78 malades dont nous connaissons les résultats, nous notons 15 échecs absolus, et 63 bons résultats, soit 84,7 %.

2° Conservation de l'utérus et d'un ou de deux ovaires

En 1900 Cerné publie sa statistique dans la « Normandie médicale ». Sur 28 laparotomies il a enlevé les trompes 7 fois. Toutes ses opérées ont conservé dans la suite un bon état local et général. Elles n'ont d'ailleurs pas été assez longtemps suivies.

En 1904 Devouassoux dans sa thèse apporte sa contribution à l'étude de la question et conclut en disant que les douleurs disparaissent 13 fois sur 16, que les règles deviennent généralement indolores et irrégulières, et qu'en ce qui concerne l'insuffisance ovarienne, les 3/4 des malades ont été guéries des troubles qu'elles présentaient ou ne les ont pas vu apparaître.

Il faut arriver jusqu'en 1905 pour avoir des chiffres plus précis : Legueu a pratiqué cette opération 17 fois en 11 ans. Il a des renseignements précis sur 10 malades : la menstruation est plus ou moins régulière mais constante ; la santé générale est bonne, aucun trouble de ménopause anticipée. Les troubles locaux

donnent des résultats moins favorables; chez 7 malades les douleurs locales et les sécrétions persistent.

Les malades opérées pour des lésions suppurées, dont une très ancienne, souffrent encore du côté conservé, 1 souffre du côté où a eu lieu l'ablation. Une autre a dû subir une opération itérative pour métrorrhagies. Enfin une dernière est à réopérer à cause de ses douleurs. Par contre 2 malades sont dans un état excellent. Et Legueu conclut que « c'est faire preuve de sagesse que de penser toujours à la conservation et à propos de chaque cas, ce sera faire preuve de prudence que de ne pas en abuser et de la restreindre à des cas relativement rares. »

Tuffier, la même année apporte 32 observations de conservation des ovaires et de l'utérus; il avoue 1 mort par septicémie tardive due à un épanchement de sang dans le Douglas. Sur ce nombre, 15 opérées ont été revues: 2 ont dû être réopérées, l'une d'hystérectomie (lésions tuberculeuses), l'autre de curettage (métrite longueuse). Toutes se portent bien et sont réglées régulièrement, chez 3 malades seulement, il persiste quelques douleurs qui ne les empêchent pas de vaquer à leurs occupations.

Ces chiffres soulèvent des discussions à la Société de Chirurgie de Paris, et Faure conclut qu'il y a moins d'inconvénient à enlever un ovaire sain qu'à garder un ovaire pathologique. Quant à Routier, sans pouvoir préciser par des chiffres, il n'a jamais été séduit par ses résultats, et il lui semble maintenant plus sage d'enlever tout.

Dernièrement (1911), Jacobson de St-Petersbourg,

donnait le résultat de ses opérations et accusait 2 récidives, sur 51 opérations.

En somme il résulte de ceci que la sécrétion interne de l'ovaire n'est pas troublée, par la conservation utéro-ovarienne, et est parfois améliorée par la libération de l'ovaire, que la menstruation devient plus régulière et moins douloureuse, mais que les douleurs et sécrétions restent souvent persistantes, dans 34 % des cas ; disons environ dans 1/3 des cas, car il est impossible de donner un chiffre exact, étant donné la divergence des résultats de chaque statistique.

La vérité est que le diagnostic entre un ovaire sain et un ovaire pathologique est souvent très difficile et que très souvent on a laissé en place des ovaires très altérés alors qu'on les croyait parfaitement sains.

3° Conservation d'un ovaire seul

Ici, nous n'avons pas trouvé de statistique. Enregistrons seulement en passant l'opinion de trois adversaires de la conservation, Terrier, Routier et Segond, qui ne considérant que le résultat local, ont peur, à raison peut-être, des accidents ultérieurs, mais, paraissent méconnaître les bienfaits de la conservation ovarienne.

L'étude des statistiques précédentes nous conduit donc à admettre, en dehors des avantages patents de la conservation, que celle-ci cause des récidives, et la persistance de douleurs et sécrétions locales.

Les récidives sont elles toujours une faute du chirurgien ?

a) Des organes trop infectés peuvent être conservés, soit sciemment et alors nous avons eu la main forcée en opérant à chaud, soit involontairement, cela tient à la pauvreté de nos moyens d'investigation. L'ovaire, à ce point de vue paraît surtout inspirer la crainte à certains chirurgiens.

b) Des organes sains peuvent se réinfecter par l'intermédiaire de la muqueuse utérine déjà malade. Mais si désormais nous nous astreignons à soigner l'utérus, à guérir la métrite, ne verrons-nous pas cette cause de récidives les diminuer, en même temps que cesseront les douleurs et que se tariront les sécrétions locales.

c) Il est une cause au-dessus de laquelle se trouve le médecin, c'est la réinfection de ces femmes qui souvent non mariées ont donné la blennorrhagie et la reprennent plus facilement peut-être que la première fois. Nous croyons cette réinfection fréquente, plus fréquente qu'on ne le pense, et les malades ne doivent pas toujours accuser le chirurgien de leur malheur quand elles sont allées le chercher ailleurs. C'est là un élément qu'il est difficile de distraire, dans ses vrais proportions de la statistique des récidives.

Cette évolution vers l'infection que nous montrent les statistiques dans certains cas est heureusement contrebalancée par la guérison des organes pathologiques laissés en place ; c'est ainsi que des annexes malades, des trompes kystiques, peuvent être guéries par le traitement conservateur et récupérer, dans la suite, l'intégralité de leurs fonctions normales. Bien plus, la gué-

raison semble être hâtée par certains-faits. Ainsi « la
« grossesse est le meilleur traitement de ces restes de
« salpingite, et ces malades présentent les plus beaux
« cas de guérison que l'on puisse voir : La grossesse
« active la guérison en ramollissant les tissus cicatri-
« ciels puis en leur rendant leur souplesse mieux que
« le meilleur des massages. Quant aux foyers puru-
« lents, ils sont une cause légitimement invoquée
« d'infection puerpérale ; ils persistent jusqu'au ter-
« me de la grossesse, mais s'il y a eu évacuation, et
« évacuation complète, on n'observe aucun accident.»
(Gouilloud).

La salpingite retentit à son tour sur la grossesse en provoquant l'avortement ou l'accouchement prématuré : nous ne le nions pas, mais, en médecine, il faut raisonner avec la majorité des cas.

En somme *le danger des récidives est la grosse objection que l'on peut faire aux opérations conservatrices*, mais la chirurgie conservatrice ne doit pas être aveugle et ne veut pas tenter ce à quoi elle ne peut parvenir sans graves dangers. Elle s'arrête là où elle deviendrait nuisible. Nul doute que à mesure que se préciseront ses indications, à mesure que nos moyens d'investigation sur les organes laissés en place se compléteront, elle ne tienne dans quelques années la place prépondérante qu'occupe encore la méthode radicale vis à vis de la chirurgie des annexes.

Considérations sur la conduite tenue et à tenir dans le traitement conservateur.

De cette étude théorique comparative entre la castration totale et la castration partielle il résulte un certain nombre de questions que nous allons exposer, et qui ont guidé les opérateurs dans nos observations.

Tout chirurgien consciencieux devra penser à la conservation à propos de tous les cas, et cherchera le plus possible à garder à la malade une ou plusieurs des trois fonctions de l'appareil utéro-annexiel.

Indications de l'intervention.

1. — *L'état social de la malade* : En matière de gynécologie plus qu'en tout autre, la chirurgie ne peut pas être la même à l'hôpital que dans la clientèle privée, ou disons mieux pour les femmes du peuple que pour celles de la bourgeoisie. Le traitement par les moyens de douceur est un traitement long, continu,

sujet à des rechutes, ne donnant quelquefois jamais une guérison complète absolue, sans retour possible au moins, des douleurs fréquentes, ne permettant pas une fatigue prolongée. Ce traitement médical, coûteux et de longue haleine, est donc, dans la classe pauvre le plus souvent inefficace et ne sert qu'à faire perdre à ces femmes, obligées de travailler pour vivre et faire vivre leur famille, souvent un temps précieux. A ces malades-là, la conservation devra se faire moins grande que pour les autres, la possibilité de travailler qu'elles réclament et qu'elles attendent de l'« habileté du chirurgien » ne devant pas être un espoir vain, qui s'évanouit par un mauvais résultat local du traitement.

2. — *Echec du traitement médical* : Toute femme chez laquelle existaient depuis un certain temps tous les signes de la salpingite devra être opérée, si tous les moyens médicaux ont échoué. (Routier).

3. — *Opération à froid* : L'intervention se fera à froid à une époque aussi éloignée que possible du début des accidents et pratiquée alors que la nature a donné aux organes le maximum de réintégration anatomique.

Dans quelques cas cependant, on est obligé d'opérer à chaud, ce sont les cas où le traitement médical n'améliore pas une crise aiguë, et où on est forcé d'évacuer le pus, pour parer à un désastre.

Indications du traitement conservateur.

1. — L'indication absolue idéale est l'*unilatéralité certaine de la lésion* (l'hydrosalpinx ou le pyosalpinx,

bien circonscrit, bien refroidi, et stérile par exemple) ; de même que la bilatéralité des lésions, suppurées, d'altération égale des deux côtés, en est la contre indication absolue. Mais, combien cette certitude de l'unitatéralité est théorique. La bilatéralité des lésions est, généralement admise par les auteurs (120 fois sur 210 cas d'après Delbet) ; mais il y a presque toujours un côté plus affecté que l'autre, et ce côté est, dans une très grande proportion le côté gauche.

2. — *L'absence de suppuration des lésions* est en faveur d'une lésion d'abord subaiguë ou chronique, ensuite unilatérale. Elle aura droit au traitement conservateur. En effet quand il s'agit de lésions suppurées, lorsqu'un des côtés est purulent, il est rare que le côté opposé ne soit pas lui-même atteint. En outre le morcellement des lésions sera moins grave, en cas de non protection du péritoine. pour une lésion non suppurée que pour une lésion suppurée.

3. — *La jeunesse de la malade*. On a dit qu'il fallait tout tenter pour conserver la fonction à ces femmes, et s'exposer même aux risques d'une récédive ; « chez une « femme d'un certain âge et ayant déjà fait ses preuves « de fécondité, cette recherche de l'opération parcimonieuse devient un préjugé condamnable. Si au contraire la femme est jeune, et s'il y a le moindre « doute, il est de toute évidence qu'on doit raisonner « autrement et savoir s'exposer à quelques revers thérapeutiques, pour ne pas faire bon marché de la « fécondité de la femme, ni troubler inutilement ses « fonctions. » (Richelot). La castration totale devra être un pis aller chez les femmes jeunes, et ne devra être

exécutée qu'exceptionnellement. Nous pouvons donc conclure avec Tuffier, qu' « *une trompe bien fermée, a*
« *contenue refroidi depuis longtemps, sans adhérer-*
« *ces très. étendues, le tout chez une femme jeune*
« *constitue une indication idéale d'opération con-*
« *servatrice ; alors qu'un obcès ou une atrophie de*
« *l'ovaire, un gros utérus ou un utérus volumineux*
« *enflammé depuis longtemps, justifient dans certains*
« *cas la castration utéro-annexielle* ».

Indications de la laparotomie.

1. — *Siège unilatéral des lésions* : Les indications de la laparotomie sont données par la considération du siège unilatéral des lésions, quand il s'agit d'une femme jeune ; toutes les fois qu'il y a doute sur la bilatéralité des lésions, la laparotomie qui permet par là même le contrôle du côté opposé, s'impose comme une opération de choix.

2. — *Doute sur la nature des lésions* : (kyste, grossesse extra-utérine, appendicite, etc...) : la laparotomie constitue alors un moyen de vérifier le diagnostic.

De ces deux propositions il résulte que la laparotomie est une incision *exploratrice* et que par cela même elle a droit à avoir les suffrages des conservateurs. Ce sera *l'incision de la conservation*. Car elle triomphera toutes les fois qu'il y aura des organes à respecter. C'est elle qui donne le plus de jour, qui permet de constater de visu les lésions et de graduer l'intervention

à l'importance de ces lésions. Ainsi seulement, peut-on enlever tout ce qui est malade.

3. — *Les rétroversions irréductibles et adhérentes* s'accompagnent de salpingites unis ou bilatérales. Dans ces cas, où l'élément douleur accompagne la déviation, la laparotomie offre cet avantage qu'elle peut servir à deux fins, et qu'on peut profiter de ce que le ventre est ouvert pour examiner les trompes et les ovaires. (Routier).

4. — Enfin elle est préférée sur la voie vaginale dans le cas *d'abcès haut situés*, ne venant pas faire saillie dans le Douglas.

Inconvénients de la laparotomie.

Cette méthode ne peut évidemment s'appliquer aux pyosalpinx septiques : dans ces cas, l'infection du péritoine qui est presque fatale empêche toute tentative de conservation. Cette remarque peut s'appliquer aussi dans certains cas aux lésions suppurées des annexes. Mais aujourd'hui nous sommes bien armés contre la contamination du péritoine, toujours possible pendant l'extirpation des annexes ou à leur suite : le drainage combattrait les hémorragies et l'infection, la péritonisation enfin préviendrait les adhérences multiples, dont le résultat final serait la gêne des fonctions intestinales, pouvant aller jusqu'à l'occlusion. (Acquaviva et Roux).

La production possible d'une éventration n'est pas

non plus à considérer puisqu'on peut l'éviter sûrement avec la suture à 2 plans de Pozzi.

La visibilité de la cicatrice, le reproche que lui fait Segond de condamner les malades à porter éternellement une ceinture, ne sont pas plus des raisons qui feront abandonner cette voie. La voie abdominale doit donc être la règle générale.

Difficultés du diagnostic

La laparotomie, une fois pratiquée, nous nous trouvons en présence des annexes et de l'utérus. Qu'allons-nous faire? « Ici, dit de Rouville, se pose le grave et « angoissant problème de la conservation.... problème « grave, puisque de sa solution va dépendre la perte « ou le maintien de la fécondité de la femme : problème angoissant, car je n'en connais pas de plus « sérieux et de plus difficile à résoudre, je n'en sais « pas qui mette à une plus rude épreuve la conscience « du chirurgien... Enlever tout ce qui est malade et « définitivement perdu pour la fonction, mais respecter la fonction en respectant les organes, tel est « le double but que tout gynécologue conscient de ses « devoirs, doit se proposer avant toute intervention. »

Le diagnostic est ici d'une grosse difficulté, et peu certains sont les moyens dont le chirurgien dispose pour aider à ce diagnostic ; des erreurs se commettent à ce point de vue chaque jour par les cliniciens les plus consommés, c'est un fait indiscutable qui prouve

la faiblesse de nos connaissances et l'imperfectionnement de nos moyens d'investigation.

La raison de la variabilité des résultats, tient aux difficultés d'appréciation relativement à l'état de santé ou de maladie de certaines annexes, et en dehors des cas où la bilatéralité manifeste des lésions ne saurait laisser aucun doute sur la nécessité d'une ablation totale, « combien sont nombreux les cas où, pièces en « mains, nous hésitons sur le sort à faire subir à un « ovaire et à une trompe. » Le diagnostic anatomique des lésions des annexes n'est pas assez avancé pour que nous puissions dire à coup sûr : voici une lésion limitée à la trompe, en voici une autre à laquelle la trompe ne participe pas (Bazy). Nous sommes donc peu armés contre les lésions salpingiennes, et nous nous contentons d'apprécier la perméabilité seule de la trompe.

Contre les lésions ovariennes, il semble que nous soyons mieux pourvus, mais le diagnostic est ici hérissé de difficultés. La vue ne nous renseigne pas sur l'état pathologique de l'ovaire. Que faire quand l'ovaire est douteux ? Les vésicules qu'il contient sont-elles physiologiques ou pathologiques en dehors de tout changement de volume et de couleur de l'organe ? Doit-on l'extirper ? Doit-on le conserver totalement, ou doit-on en conserver seulement une partie ?

L'oophorotomie exploratrice de Vidal, peut nous renseigner dans certains cas. Deux fois, cette pratique lui servit à atteindre des lésions kystiques développées dans la profondeur, et cependant l'intégrité de l'écorce était presque complète. Cette pratique sage est recom-

mandable dans tous les cas d'altération superficielle de l'organe, et dans les cas où les signes cliniques coïncident mal avec l'apparente intégrité des couches externes de la glande.

Puisque les signes anatomiques, ceux en lesquels on avait le droit d'espérer surtout, ne nous donnent pas de signe de certitude, force pour nous est de recourir à ce que nous enseigne la clinique.

« Il faut peu se fier à la douleur, dit Doléris. » La femme peut réagir très différemment suivant son impressionnabilité nerveuse et présenter des phénomènes douloureux, réflexes, excessifs, alors que la lésion est minime. Cependant, en l'absence de critérium anatomique permettant d'apprécier à coup sûr l'état sain ou pathologique d'un ovaire, certains auteurs lui accordent une place prépondérante. C'est ainsi que Faure croit que dans les annexites la douleur est due à un état pathologique des ovaires plutôt qu'à une altération des trompes « car nous savons, dit-il, combien certaines « salpingites peuvent rester indolores et combien, au « contraire, certaines ovarites scléreuses peuvent faire « souffrir. Je recherche donc avec soin, avant toute « opération, si la malade souffre dans la région ova- « rienne. Si elle ne souffre pas, et que l'ovaire, lors- « qu'on l'a sous les yeux n'est pas de ceux qui sont « évidemment malades ; s'il paraît douteux, je crois « qu'on peut, je crois qu'on doit le conserver. Si la « malade souffre, je crois que dans les mêmes condi- « tions, on doit au contraire le sacrifier ; la douleur « est le meilleur critérium que nous possédions de l'al- « tération de l'ovaire, et c'est sur elle qu'il faut se

« guider. » Ainsi procède de Rouville qui « a pu dans
« maintes circonstances fixer très approximativement
« avant l'intervention sa conduite opératoire, qu'est
« venu par la suite justifier le résultat obtenu. »
Il va de soi que l'examen direct de la trompe, complètement indispensable de l'exploration préopératoire, ne saurait être pratiqué avec trop de soin. Quoi qu'il en soit, de l'aveu même de ces auteurs, le cas où l'état de l'ovaire est douteux, est le plus commun, et alors toutes les hésitations sont permises, et toutes les conduites peuvent se justifier.

Observations

Nous classerons nos observations d'après les indications opératoires, suivant que ce sera l'annexite prédominante ou la rétroversion prédominante qui aura décidé la main du chirurgien à intervenir. Chacune de ces deux classes sera subdivisée d'après l'importance de la lésion et l'acuité de l'infection, en annexites bilatérales ou unilatérales, en cas aigus, subaigus ou chroniques. Disons en passant que cette classification mérite le reproche qu'on fait à beaucoup d'autres classifications et, qui est de paraître artificielle. Il nous fallait cependant mettre de l'ordre dans nos observations.

1° OPÉRATIONS POUR SALPINGO-OVARITES SUPPURÉES

A. Salpingo-ovarites suppurées unilatérales

- a)* Pyosalpinx et abcès de l'ovaire.
- b)* Hématosalpinx.

- c)* Hydrosalpinx et ovarites kystiques.
- d)* Annexites parenchymateuses.

B. Salpingo-ovarites suppurées unilatérales

- a)* Pyosalpinx d'un côté, trompe purulente mais ouverte de l'autre.
- b)* Pyosalpinx d'un côté, trompe fermée de l'autre, le plus souvent parenchymateuse.
- c)* Annexites bilatérales anciennes kystiques, avec ou sans métrite.

2° OPÉRATIONS POUR RELIQUATS DE SALPINGITES, OU OPÉRATIONS POUR RÉTROVERSIONS ADHÉRENTES AVEC ANNEXITES

- a)* Avec salpingites, suppurées subaiguës.
- b)* Avec Hydrosalpinx.
- c)* Avec salpingites chroniques.

Cette classification offre le grand avantage que, dans la majorité des cas, de la seule connaissance, de l'association des lésions, on pourra déduire l'opération pratiquée et la conservation effectuée.

Ainsi aux suppurations unilatérales correspondront des ablations unilatérales ; aux suppurations bilatérales correspondront, soit une ablation d'une annexe d'un côté et de la trompe fermée de l'autre, soit une ablation de la trompe d'un côté et une amputation de

la trompe de l'autre, dans les deux cas avec conservation d'un ovaire au moins et de l'utérus.

Dans chaque subdivision, les observations sont classées en cas aigus, subaigus et chroniques.

Les résultats éloignés ont été classés en guérisons, améliorations et mauvais résultats ; ils sont indiqués à propos de chaque observation. A un autre point de vue, nous avons divisé chacun d'eux en résultat général comprenant le degré de validité de la malade et les troubles possibles de sécrétion interne ; et en résultat local comprenant les douleurs, la menstruation et les pertes blanches.

1° SALPINGITES SUPPURÉES UNILATÉRALES (17)

A. Pyosalpinx et abcès de l'ovaire (10)

OBSERVATION I

M..., 31 ans.

Salpingo-ovarite suppurée gauche du volume d'un gros œuf. Ablation par M. Pollosson le 15 novembre 1906.

Conservation de l'annexe droite après libération de ses adhérences et vérification de la perméabilité de la trompe, conservation de l'utérus qui est fixé par une plicature des ligaments ronds.

Résultat : 5 ans après, améliorée. Une fausse couche de 2 mois après l'opération.

R. général : travaille. Pas de troubles de ménopause anticipée.

R. local : quelques ménorrhagies, quelques douleurs dans l'intervalle des règles, pertes blanches abondantes. Au toucher, utérus gros, annexes droites volumineuses mais peu douloureuses.

OBSERVATION II

A..., 23 ans.

Annexite droite suppurée. Ablation par M. Pollosson le 8 décembre 1906, conservation de l'utérus et de l'annexe gauche saine.(1)

Résultat : 5 ans après : *améliorée* (a dû rentrer à l'hôpital de Vienne pour maux de ventre.

R. général : travaille, sauf pendant 8 jours, au moment des règles ; quelques bouffées de chaleur.

R. local : quelques douleurs dans le ventre, dans l'intervalle des règles. Dysménorrhée obligeant souvent la malade à se coucher.

OBSERVATION III

C..., 23 ans.

Salpingo-ovarite suppurée gauche du volume d'une grosse mandarine. Ablation de cette poche sans rupture par M. Jamin le 3 décembre 1907.

Conservation de l'ovaire gauche sain et de l'annexe

(1) Le terme « conservation d'une annexe saine » signifie : conservation d'une annexe reconnue saine ou peu malade, et supposée assez saine pour pouvoir être conservée sans dangers,

droite à peu près saine (après avoir libéré la trompe de ses adhérences).

Résultat : 4 ans après : améliorée.

R. général : fait son travail ; pas de troubles de ménopause anticipée.

R. local : souffre quelquefois du ventre, à droite, dans l'intervalle des règles. Règles assez douloureuses. Beaucoup de pertes blanches, améliorées par des injections de permanganate.

OBSERVATION IV

L..., 27 ans.

Salpingo-ovarite suppurée post-abortum, avec abcès de l'ovaire gauche. Ablation par M. Gayet le 25 mai 1909.

Conservation d'un utérus gros et de l'annexe droite à peu près saine.

Résultat : 2 ans 1/2 après : très bon.

R. général : fait son travail, fait de la bicyclette. Assez souvent sujette à des malaises, des bouffées de chaleur, des étourdissements.

R. local : plus de douleurs, règles régulières, plus de pertes blanches. Au toucher vaginal, résultat parfait.

OBSERVATION V

L..., 22 ans.

Abcès de l'ovaire. Ablation de l'annexe par M. Gayet, le 11 juin 1909.

Conservation de l'utérus et des annexes opposées, saines.

Résultat : 2 ans après : *mauvais*.

R. général : travaille très peu, ne se porte pas bien, a quelquefois des malaises et bouffées de chaleur.

R. local : souffre presque quotidiennement. Dysménorrhée accentuée pendant 12 à 15 jours par mois. Beaucoup de pertes jaunes et verdâtres. La malade ne souffre pas au moment des rapports, mais a quelquefois des douleurs à la miction.

OBSERVATION VI

R..., 28 ans.

Ovaire droite kystique suppurée. Ablation de l'annexe le 19 mars 1910.

Conservation de l'utérus et de l'annexe gauche saine.

Résultat : 1 an 1/2 après : *bon résultat*.

R. général : travaille sans peine, aucun trouble de sécrétion interne.

R. local : ne souffre plus dans l'intervalle des règles, règles abondantes, peu de pertes blanches.

OBSERVATION VII

C..., 26 ans.

Annexite suppurée gauche. Ablation par M. Violet, le 31 mars 1910 ; un des foyers était prêt à se rompre et avait déjà ulcéré la paroi tubaire.

Conservation de l'utérus et de l'annexe gauche supposée saine.

Résultat : 1 an 1/2 après : *très bon*.

R. général : travaille bien, aucun trouble de sécrétion interne.

R. local : dysménorrhée ; douleurs et pertes blanches, ont complètement disparu.

OBSERVATION VIII

B..., 24 ans.

Salpingo-ovarite suppurée du volume du poing. Ablation par M. Violet, le 21 avril 1910 ; la poche s'ouvre après sa libération.

Conservation de l'utérus qui est libéré de ses adhérences et de l'annexe droite, à peu près saine ; la trompe contient un peu de liquide, mais le pavillon est ouvert.

Résultat : 1 an 1/2 après : *améliorée*.

R. général : travaille assez bien, aucun trouble de sécrétion interne.

R. local : plus de pertes blanches, mais douleurs à droite pendant les règles. Règles très douloureuses et très abondantes.

A l'examen, utérus petit, en rétroversion ; l'annexe droite paraît kystique, molle et adhérente.

OBSERVATION IX

R..., 21 ans.

Abcès de l'ovaire gauche du volume du poing, avec

pelvi-péritonite. Ablation de l'annexe gauche, le 4 mai 1908, ainsi que de la trompe droite.

Conservation de l'utérus et de l'ovaire droit pathologique, gros mais contenant des follicules en évolution.

Résultat : 3 ans 1/2 après : *améliorée*.

R. général : va assez bien ; pas de troubles de sécrétion interne.

R. local : quelques douleurs et quelques pertes blanches, règles irrégulières.

Au toucher, tuméfaction à droite du volume d'une mandarine, peu douloureuse.

B. Hématosalpinx (1)

OBSERVATION X

(Due à l'obligeance de M. Violet)

L..., 28 ans.

Salpingo-ovarite suppurée droite avec mauvais état général. T. 40°. Ablation par M. Violet, en décembre 1910 ; à la laparotomie, des gaz s'échappent de la cavité abdominale ; drainage abdomino-vaginal.

Conservation de l'utérus et l'annexe gauche saine, après libération. Convalescence longue, la malade a eu des abcès de la paroi.

Résultat : 1 an après : *très bon*.

R. général : la malade va très bien, fait son travail, pas de troubles de sécrétion interne.

R. local : quelques douleurs et quelques pertes blanches, règles assez régulières.

OBSERVATION XI

C..., 20 ans.

Salpingite hémorragique et grossesse tubaire droite ; utérus bicorne avec col unique. Ablation de la trompe droite par M. Pollosson, le 18 février 1911.

Conservation de l'utérus, de l'ovaire droit sain et de l'annexe gauche saine.

Résultat : 6 mois après : *améliorée*.

R. général : travaille assez bien : pas de troubles de sécrétion interne.

R. local : la malade ne souffre plus dans l'intervalle des règles, sauf quelques rares douleurs à la jambe droite. Règles très douloureuses. Quelques pertes blanches.

C. Hydrosalpinx, ovarites kystiques (5)

OBSERVATION XII

O..., 30 ans.

Salpingite droite kystique. Ablation de la trompe droite par M. Tixier, le 28 octobre 1907.

Conservation de l'utérus, de l'ovaire droit sain, et de l'annexe gauche saine.

Résultat : 4 ans après : *améliorée*.

R. général : travaille bien, aucun trouble de ménopause chirurgicale.

R. local : Légères douleurs dans l'intervalle des règles ; quelques pertes blanches. La malade souffre sensiblement au moment des rapports. Douleurs en urinant, après les règles.

Au toucher, utérus gros, rétroversé au 1^{er} degré, avec un hydrosalpinx gauche légèrement douloureux, du volume d'une mandarine.

OBSERVATION XIII

B..., 22 ans.

Annexite gauche kystique, non suppurée, très adhérente. Ablation par M. Pollosson, le 2 juin 1910.

Conservation de l'utérus et de l'annexe droite pathologique ; la trompe injectée et légèrement distendue, est cependant ouverte.

Résultat : 1 an 1/2 après : *améliorée*.

R. général : ne se porte pas très bien, travaille très peu, pas de troubles de sécrétion interne.

R. local : la malade souffre du ventre dans l'intervalle des règles. Dysménorrhée (règles irrégulières, douloureuses et très abondantes). Souffre quelquefois pendant les rapports. Pertes blanches de temps en temps.

OBSERVATION XIV

B..., 28 ans.

Annexite gauche kystique. Ablation par M. Violet le 10 mai 1911. Salpingostomie droite.

Conservation de l'utérus et de l'annexe droite à peu près saine.

Résultat : Quatre mois après : *Mauvais*.

R. général : La malade a beaucoup de malaises et travaille peu.

R. local : Elle souffre du ventre dans l'intervalle des règles ; elle souffre souvent à la miction et pendant les rapports. Règles très abondantes, beaucoup de pertes blanches.

OBSERVATION XV

Z..., 23 ans.

Ovarite gauche. Ablation de l'ovaire, scléro-kystique, le 27 décembre 1910, ainsi que de la trompe, saine.

Conservation de l'utérus et de l'annexe droite, saine.

Résultats : Un an après : *Mauvais*. *La malade est enceinte de deux mois*.

R. général : Trois mois après l'opération, la malade a refusé une nouvelle intervention. Elle suit le traitement médical et est améliorée. Elle travaille très peu. Pas de troubles de sécrétion interne.

R. local : Souffre du ventre par crises, dans l'intervalle des règles ; souffre pendant les rapports ; après une station debout prolongée. Dysménorrhée non améliorée : règles toujours douloureuses et très abondantes. Très peu de pertes blanches.

Au toucher, on sent une masse annexielle droite, douloureuse.

OBSERVATION XVI

A..., 31 ans.

Ovarite kystique unilatérale. Ablation le 23 novembre 1908.

Conservation de l'utérus et de l'annexe opposée, saine.

Résultat : Trois ans après : *Bon résultat*.

R. général : Travaille et se porte bien, pas de troubles de sécrétion interne.

R. local : Quelques douleurs du ventre (névropathie certaine). Dysménorrhée. Quelques pertes blanches.

D. Annexite parenchymateuse (1)

OBSERVATION XVII

D..., 26 ans.

Annexite droite ancienne avec péritonite localisée à la fosse iliaque droite. Ablation de la trompe droite et de l'appendice le 4 mai 1911.

Conservation partielle de l'ovaire droit pathologique, de l'annexe gauche saine et de l'utérus.

Résultat : Cinq mois après : *Mauvais* (n'a été améliorée que pendant trois mois).

R. général : Ne peut faire aucun travail à cause de ses vertiges ; beaucoup de bouffées de chaleur et de vertiges l'empêchant de rester longtemps debout.

R. local : Souffre à droite dans l'intervalle des règles ;

ne souffre pas pendant les rapports. Beaucoup de douleurs à la miction. Règles très abondantes mais non douloureuses.

2° SALPINGO-OVARITES SUPPURÉES BILATÉRALES (12)

A. Pyosalpinx d'un côté, trompe purulente mais ouverte de l'autre (3)

OBSERVATION XVIII

S..., 22 ans.

Annexite bilatérale. Ablation des annexes gauches par M. Pollosson, le 5 février 1906. Résection de l'extrémité externe de la trompe droite. (Cette malade avait subi un an auparavant une salpingotripsie gauche).

Conservation partielle de la trompe droite, de l'ovaire droit sain et de l'utérus, dont on raccourcit les ligaments ronds.

Résultat : Cinq ans et demi après : *Bon résultat*.

R. général : Se porte bien, aucun trouble de sécrétion interne.

R. local : Aucune douleur. Menstruation régulière. Quelques pertes blanches.

OBSERVATION XIX

V..., 27 ans.

Annexite bilatérale légère avec petit foyer de pelvi-péritonite.

Résection de la trompe droite fermée, flexueuse, un peu distendue par du pus ; salpingostomie gauche, le 17 octobre 1910.

Conservation de l'utérus (fixé par les ligaments ronds), de l'ovaire droit sain, de l'annexe gauche, partiellement.

Résultat : Un an après : *Améliorée* après l'opération. A dû subir un curettage ultérieurement.

R. général : A travaillé sans peine, aucun trouble de ménopause chirurgicale.

R. local : Métrite hémorragique durant depuis quatre mois, curettée en septembre 1911. Pas de douleurs.

OBSERVATION XX

G..., 31 ans.

Hydrosalpinx droit volumineux (kyste tubo-ovarien) ; petit hématosalpinx gauche au niveau de l'ampoule. Ablation par M. Jamin, le 13 novembre 1906, de l'annexe droite ; amputation d'une portion dilatée de la trompe gauche et salpingostomie terminale.

Conservation de l'ovaire gauche sain portant un corps jaune récent, d'une partie de la trompe gauche et de l'utérus.

Résultat : Cinq ans après : *Bon résultat*.

R. général : La malade va très bien ; pas de troubles d'insuffisance ovarienne.

R. local : Très peu de pertes blanches. Règles irrégulières et douloureuses de temps en temps.

**B. Pyosalpinx d'un côté, trompe fermée de l'autre,
le plus souvent parenchymateuse (5)**

OBSERVATION XXI

R..., 24 ans.

Bacillose annexielle. Pyosalpinx gauche ; salpingite parenchymateuse et ovarite diffuse droite. Ablation de la trompe gauche et de l'annexe droite.

Conservation de l'utérus, et de l'ovaire droit sain.

Résultat : Cinq ans après : *Très bon*.

R. général : Fait son travail ; pas d'insuffisance ovarienne.

R. local : Parfait. Ni douleurs, ni pertes, ni dysménorrhée.

OBSERVATION XXIII

P..., 26 ans.

Annexite bilatérale subaiguë ; pyosalpinx double en avant de l'utérus. Ablation de l'annexe gauche et de la trompe droite, par M. Pollosson, le 10 mai 1911.

Conservation de l'utérus et de l'ovaire droit sain.

Résultat : Quatre mois après : *Bon*.

R. général : Se porte bien, travaille assez bien.

R. local : Ne souffre pas dans l'intervalle des règles, mais souffre quelquefois au moment des rapports. Menstruation régulière. Peu de pertes blanches.

OBSERVATION XXIV

G..., 30 ans.

Annexite bilatérale avec adhérences anciennes, remplissant tout le petit bassin. Ablation des annexes gauches et de la trompe droite par M. Violet, le 21 juillet 1911.

Conservation de l'utérus et de l'ovaire droit sain.

Résultat : trois mois et demi après : *Très bon*.

R. général : Excellent état ; pas d'insuffisance ovarienne.

R. local : Ne souffre plus pendant les règles, ni dans leur intervalle. Très peu de pertes blanches.

OBSERVATION XXV (due à l'obligeance de M. Violet)

B..., 21 ans.

Pyosalpinx droit post-partum ; salpingo-ovarite droite suppurée, avec trompe fermée. Ablation de l'annexe droite et de la trompe gauche, par M. Violet le 1^{er} décembre 1909.

Conservation de l'utérus (fixé par les ligaments ronds) et de l'ovaire gauche.

Résultat : Deux ans après : *Améliorée*. Curettage ultérieur.

R. généraux : Va très bien, travaille actuellement, pas d'insuffisance ovarienne.

R. Locaux : La malade a dû subir un curettage quelques mois après son opération.

A. Avec métrite parenchymateuse nette (2)

C. Annexites bilatérales anciennes, kystiques (4)

OBSERVATION XXVI (due à l'obligeance de M. Violet)

B..., 29 ans.

Annexite bilatérale non suppurée; métrite et périmé-
trite. Ablation de la trompe droite et de l'annexe gauche;
ablation subtotale de l'utérus, par M. Violet, le 14 février
1911.

Conservation de l'ovaire droit sain.

Résultat : 9 mois après : *Très bon*.

R. général : La malade va très bien, aucun trouble d'in-
suffisance ovarienne.

R. local : Aucune douleur, pas de pertes.

OBSERVATION XXVII (due à l'obligeance de M. Violet)

L..., 33 ans.

Salpingite kystique bilatérale et métrite. Hystérecto-
mie totale, ablation des annexes droites et de la trompe
gauche par M. Violet en mars 1909.

Conservation de l'ovaire gauche sain.

Résultat : 1 an 1/2 après : *Excellent* (il aurait fallu faire
à cette malade, mère de 5 enfants, une dilatation utérine,
suivie de curettage, une amputation du col et une ablation
de l'annexe droite).

B. Sans métrite (2)

OBSERVATION XXVIII

D..., 28 ans.

Annexite bilatérale ancienne kystique, annexe droite volumineuse. Ablation des annexes droites et de la trompe gauche, par M. Pollosson, le 23 juillet 1910.

Conservation de l'ovaire gauche et de l'utérus (plicature des ligaments ronds).

Résultats : 1 an après : *Mauvais* (une autre opération a été proposée à la malade).

R. général : Depuis l'opération, crises nerveuses, consistant en secousses musculaires des bras surtout, sans chute ni perte de connaissance ; ne travaille pas.

R. local : Règles assez régulières. Beaucoup de pertes blanches. Douleurs à la miction et dans les rapports. Au toucher, utérus un peu gros. Dans le cul de sac droit, masse volumineuse, douloureuse, se continuant en arrière ; à gauche, masse plus petite, douloureuse, nettement latérale.

OBSERVATION XXIX

F..., 33 ans.

Il y a 2 ans, hydrosalpinx droit et appendicite. A la suite de cette affection, on fit à la malade l'ablation partielle des annexes droites, et une salpingostomie gauche. — *Puis grossesse*. Actuellement, le 29 juillet 1910, pelvipéritonite ; Douglas plein d'adhérences récentes, utérus petit,

rétroversé : par places, granulations peut-être bacillaires.

Castration totale par M. Pellanda.

Résultat : un an après : *Récidive*

R. actuel parfait. Pas de troubles d'insuffisance ovarienne.

3° RÉTROVERSIONS (17)

A. Avec annexites suppurées subaiguës (12)

OBSERVATION XXX

G..., 15 ans 1/2.

Utérus en rétroversion ; annexite droite avec pus, et appendicite ; trompe gauche prolabée dans le Douglas, mais ouverte. — Ablation des annexes droites, le 11 octobre 1909 ; salpingopexie gauche ; ventrofixation.

Conservation de l'utérus et de l'annexe gauche.

Résultat : 2 ans après : *Assez bon. Grossesse depuis* suivie d'un curetage pratiqué à Genève.

R. général : travaille sans peine. Pas d'insuffisance ovarienne.

R. local : Quelques douleurs, quelques pertes blanches, règles régulières.

OBSERVATION XXXI

G..., 33 ans.

Rétroversion adhérente. Annexite gauche suppurée avec trompe fermée. Ablation des annexes gauches, le 31 mai 1911.

Conservation de l'utérus (Doleris modifié, pratiqué sur cet organe), et des annexes droites saines.

Résultat : 4 mois après : *Assez bon.*

R. général : Crises d'épilepsie classiques non modifiée, par l'opération ; malaises et bouffées de chaleur à la veille de ces crises. Travail un peu.

R. local. Souffre quelquefois du ventre dans l'intervalle des règles. Règles moins douloureuses qu'avant l'opération. Très peu de pertes blanches. Absolument aucune douleur au moment des rapports. Au toucher, utérus en bonne position ; on ne sent pas d'annexes.

OBSERVATION XXXII

S..., 21 ans.

Annexite suppurée bilatérale, rétroversion adhérente. Ablation de la trompe droite et de l'annexe gauche, par M. Pollosson, le 30 mai 1911 ; fixation de l'utérus.

Conservation de l'utérus et de l'ovaire droit sain.

Résultat : 4 mois après : *Améliorée.*

R. général : La malade travaille peu, est souvent fatiguée ; elle a quelquefois des malaises et des bouffées de chaleur.

R. local : Elle ne souffre plus par crises, mais le côté droit devient douloureux par la fatigue. Règles plus abondantes qu'avant. Beaucoup de pertes blanches. Miction parfois douloureuse. Au toucher, utérus mobile rétrodévié avec fond à gauche ; on sent l'ovaire droit conservé.

OBSERVATION XXXIII

P..., 23 ans.

Rétroversion ; annexite bilatérale. Ablation de l'annexe gauche, salpingostomie droite, fixation de l'utérus, par M. Pollosson le 4 avril 1911.

Conservation de l'annexe droite et de l'utérus.

Résultat : 6 mois après : *Améliorée*.

R. général : Se porte assez bien ; travaille un peu. Malaises et bouffées de chaleur.

R. local : Souffre du ventre dans l'intervalle des règles. Règles très douloureuses, très abondantes, survenant toutes les 3 semaines. Douleurs à la miction, quelques jours avant les règles.

OBSERVATION XXXIV

L..., 24 ans.

Rétroversion et annexite. On espérait faire une ablation unilatérale, on est obligé d'enlever les deux trompes ; ventrofixation, le 4 avril 1911.

Conservation de l'utérus et de l'ovaire droit sain.

Résultat : 6 mois après : *Assez bon*.

R. général : travaille bien, pas de troubles de sécrétion interne.

R. local : Quelques douleurs à droite, avant les règles. Peu de pertes blanches. Douleurs à la miction, de temps à autre, quelquefois, douleurs dans les rapports. Au toucher, utérus rétroversé ; on ne sent pas d'annexes.

OBSERVATION XXXV

M..., 19 ans.

Rétroversion adhérente avec utérus gros et mou ; salpingite droite suppurée, post-abortum ; deux ovaires petits et durs. Ablation de la trompe droite et opération de Doleris sur l'utérus, par M. Violet, le 15 novembre 1910.

Conservation de l'utérus pathologique, de l'annexe gauche saine et de l'ovaire droit à peu près sain.

Résultat : 1 an après : *Assez bon*.

R. général : Se porte bien, travaille assez bien ; pas de signes d'insuffisance ovarienne.

R. local : Souffre quelquefois du ventre, dans l'intervalle des règles : plutôt de la lassitude et de l'endolorissement, que de vraies douleurs. Beaucoup de pertes blanches. Souffre quelquefois pendant les rapports.

OBSERVATION XXXVI

R..., 28 ans.

Annexite double, rétroversion adhérente. — Ablation de l'annexe gauche et de la trompe droite, le 4 mai 1910 ; fixation de l'utérus.

Conservation de l'utérus et de l'ovaire droit.

Résultat : 1 an 1/2 après : *Améliorée*.

R. général : Se porte assez bien, travaille. Pas de signes de ménopause anticipée.

R. local : Souffre quelque peu du ventre, dans l'intervalle des règles. Ménorrhagies (règles durant parfois

12 jours). Pertes jaunes abondantes. Souffre beaucoup moins qu'avant, pendant les rapports.

Au toucher, utérus en antéflexion considérable, avec rétroposition : ovaire droit un peu prolabé, non douloureux.

OBSERVATION XXXVII

R..., 30 ans.

Rétroversion et annexite, ablation des annexes droites par M. Patel, le 3 novembre 1909 ; fixation de l'utérus par les ligaments ronds.

Conservation de l'utérus et de l'annexe gauche saine.

Résultat : 2 ans après : *Mauvais*.

R. général : Quelquefois malaises et bouffées de chaleur ; ne se porte pas bien depuis l'opération et travaille très peu.

R. local : Souffre du ventre presque quotidiennement. Dysménorrhée accentuée (règles durant 12 à 15 jours). Beaucoup de pertes jaunes et verdâtres. Ne souffre pas au moment des rapports. Douleurs à la miction de temps à autre.

OBSERVATION XXXVIII

V..., 30 ans.

Rétroversion adhérente, annexite gauche suppurée volumineuse, très douloureuse ; annexite droite suppurée plus petite, trompe fermée. Ablation de l'annexe gauche ; amputation de la trompe par M. Pollosson, le 13 janvier 1909.

Conservation de l'utérus (raccourcissement des ligaments ronds) de l'ovaire droit et d'une petite partie de la trompe ; a eu à la suite de l'opération un gros épanchement de sang dans le Douglas.

Résultat : 2 ans 1/2 après : *Assez bon*.

R. général : se porte bien, travaille ; pas de signe d'insuffisance ovarienne.

R. local : Règles régulières. Beaucoup de pertes blanches ; parfois douleurs à la miction.

OBSERVATION XXXIX

B..., 25 ans.

Rétroversion adhérente, annexite double. La malade réclame la conservation. Intervention par M. Pollosson, le 6 avril 1908 : utérus gros, rétroversion complète, fixée par des adhérences multiplés ; les annexes sont soudées à l'utérus ; les deux trompes fermées sont volumineuses à leur extrémité.

Fixation de l'utérus. Résection de l'extrémité des trompes, double salpingostomie, suture du nouveau pavillon à l'ovaire qui est libéré de ses adhérences.

Conservation de l'utérus, conservation partielle des deux annexes pathologiques.

Résultat : Trois ans et demi après : *Bon*.

R. général : Se porte bien, sauf qu'elle souffre d'une entéro-colite depuis deux ans ; travaille ; aucun signe d'insuffisance ovarienne.

R. local : Ne souffre pas dans l'intervalle des règles ;

règles régulières ; quelques pertes blanches ; pas de douleurs au moment des rapports.

OBSERVATION XL

B..., 29 ans.

Rétroversion et salpingite suppurée droite. Ablation de l'annexe droite et ventrofixation par M. Pollosson, le 27 octobre 1906.

Conservation de l'annexe gauche saine et de l'utérus.

Résultat : Cinq ans après : *Bon.* (*Une fausse-couche de deux mois depuis l'opération*).

R. général : Se porte bien, travaille sans peine, pas de signes d'insuffisance ovarienne.

R. local : Pas de douleur dans l'intervalle des règles, peu de pertes blanches. Règles très abondantes et douloureuses.

OBSERVATION XLI

T..., 25 ans.

Rétroversion fixée par salpingite droite. Ablation des annexes droites, fixation de l'utérus, le 18 mars 1908.

Conservation de l'utérus et des annexes gauches à peu près saines. (Trompe rouge mais ouverte).

Résultat : Trois ans et demi après : *Assez bon.*

R. général : Se porte bien, travaille, aucun trouble de ménopause chirurgicale.

R. local : Ne souffre pas dans l'intervalle des règles ;

règles très abondantes. Beaucoup de pertes blanches. Douleurs au moment des rapports, qui sont suivis de pertes de sang.

B. Avec hydrosalpinx unilatéral (2)

OBSERVATION XLII

C..., 29 ans.

Rétroversion ; salpingite droite avec rétention, ovarite kystique droite ; trompe gauche ouverte avec pavillon resserré mais encore perméable ; ovaire petit, scléreux ; varicocèle tubo-ovarien. Ablation de l'annexe droite, fixation de l'utérus et salpingopexie gauche, par M. Pollosson, le 20 novembre 1907.

Conservation de l'utérus et de l'annexe gauche, dont l'ovaire est petit et scléreux.

Résultat : Deux ans après : *Assez bon.*

R. général : Se porte bien, travaille, pas de signes d'insuffisance ovarienne.

R. local : Souffre quelquefois du ventre dans l'intervalle des règles, et au moment des rapports. Peu de pertes blanches.

Au toucher, utérus en bonne position. A droite, induration cicatricielle, indolore, de la base du paramètre.

OBSERVATION XLIII

B..., 34 ans.

Volumineux hydrosalpinx droit ; rétroversion. Ablation

de l'annexe droite, fixation de l'utérus par M. Violet en 1909.

Conservation de l'utérus et de l'annexe gauche.

Résultat : Deux ans après : *Bon*.

R. général : Va très bien, travaille ; pas de troubles d'insuffisance ovarienne.

R. local : Quelques pertes blanches. Règles régulières. Quelques douleurs dans l'intervalle des règles.

C. Avec annexite ancienne (3)

OBSERVATION XLIV

C..., 31 ans.

Rétroversion adhérente, annexite ancienne ; entre les adhérences qui sont très étendues, poche kystique à contenu séreux du volume du poing. Ablation d'une annexe et de la trompe par M. Pollosson, le 12 février 1910. Plicature des ligaments ronds.

Conservation de l'utérus et d'un ovaire adhérent.

Résultat : Un an et demi après : *Améliorée*. La malade qui a des tares nerveuses, paraît exagérer ses sensations.

R. général : Les bouffées de chaleur qui avaient persisté après l'opération, ont disparu peu à peu ; travaille très peu.

R. local : Pertes blanches ; douleurs parfois dans les

rapports ; quelques douleurs à la miction. Règles normales. Au toucher, utérus retombé.

OBSERVATION XLV

D..., 25 ans.

Rétroversion, salpingite droite ancienne ; trompe gauche infantile. Ablation de l'annexe droite, fixation de l'utérus le 24 septembre 1907.

Conservation de l'utérus, de la trompe gauche en partie, et de l'ovaire gauche atteint de périovarite.

Résultat : Quatre ans plus tard : *Mauvais*. (Nouvelle intervention proposée et refusée).

R. général : Ne se porte pas bien, travaille avec peine ; a des malaises et des bouffées de chaleur.

R. locaux : Douleurs dans l'intervalle des règles. Dysménorrhée non améliorée par l'opération (elle avait déjà subi une dilatation utérine en 1906). Peu de pertes blanches ; quelquefois la miction est douloureuse.

OBSERVATION XLVI

P..., 34 ans.

Rétroversion adhérente, salpingite bilatérale. Double salpingostomie ; fixation de l'utérus, par M. Patel, en 1909.

Conservation de l'utérus, des ovaires sains et d'un morceau de chaque trompe.

Résultat : Un an après. Bon résultat.

R. général : Se porte mieux qu'avant. Bouffées de chaleur assez fréquentes depuis l'opération.

R. local : Le malade a parfois des douleurs de ventre, dans l'intervalle des règles. Règles régulières. Peu de pertes blanches. Souffre beaucoup moins qu'avant, au moment des rapports.

Au toucher, utérus en bonne position ; on ne sent pas les annexes.

Analyse des Observations

Nos observations, inédites, ont trait à des malades opérées pour la plupart dans le service de M. le Professeur Pollosson. Ce sont des femmes aux professions diverses, des femmes de la consultation gratuite souvent, qui sont obligées de travailler pour vivre, et qui viennent ordinairement trouver le chirurgien parce qu'elles souffrent, que la douleur les empêche de travailler, et qu'elles veulent qu'on les débarrasse de cette douleur.

Leur âge varie entre 16 et 34 ans ; ce sont donc des femmes encore très jeunes. Aussi les opérateurs ont-ils été fortement imprégnés de l'idée de conservation. Rares sont les cas nettement aigüs, où la main du chirurgien a été forcée par une de ces interventions d'urgence pendant laquelle se joue le sort de la malade. La plupart des cas sont subaigüs ou chroniques.

Les opérateurs ont été différents pour ces diverses malades. C'est un avantage pour notre statistique finale, que celui de voir éliminé ainsi d'emblée le coefficient

personnel, car nous avons dit que dans les cas douteux, les interprétations des lésions, et par suite la conduite à tenir, variaient avec chaque chirurgien. C'est donc surtout ainsi qu'il faudra interpréter nos résultats finaux : *résultats éloignés de la conservation partielle dans les cas douteux*, dans les cas où chacun aurait une conduite différente ; la lecture de ces résultats pourra nous faire prévoir dans une certaine mesure ce que nous devons attendre de la conservation quand nous aurons l'occasion de la tenter.

Nos malades ont été revues jusqu'à 6 ans après l'opération ; c'est dire que les observations ont, pour la plupart, subi l'épreuve du temps.

Au point de vue étiologique nos observations se décomptent ainsi : sur 46 cas, 43 sont de nature blennorrhagique, 2 seulement nettement puerpéraux, et 1 de nature tuberculeuse. C'est dire que *dans 43 cas au moins l'utérus a été infecté*.

La conservation de cet organe a été systématiquement pratiquée. Dans deux cas seulement l'utérus a été enlevé.

Les annexes ont subi des extirpations de plus ou moins grande importance, suivant l'étendue des lésions.

Aucun incident à noter à la suite de ces opérations sauf une hématoécèle tardive (Obs. XXXVIII) dont la malade a parfaitement guéri. Toutes sont sorties de 3 semaines à 1 mois de l'hôpital, sauf la malade de l'observation X qui a eu des abcès de la paroi.

Sur les 46 cas nous relevons 29 observations où l'annexite était prédominante, et 17 autres où la rétro-

version tenait la première place dans la symptomatologie de la maladie. Les 29 annexites comprennent 13 guérisons définitives, 8 améliorations et 8 échecs : soit 21 cas favorables ; les 17 rétroversions accompagnées d'annexite comprennent : 11 guérisons, 4 améliorations et 2 échecs, soit 15 cas favorables. Il semble donc que les récurrences soient plus fréquentes en cas d'annexites suppurées, que en cas de reliquats d'annexites accompagnant une rétroversion.

Ces cas se décomptent ainsi :

10 ablations unilatérales d'annexes, pour 10 pyosalpinx ou abcès de l'ovaire, et comprenant 4 guérisons définitives (malades revues de 1 an à 2 ans 1/2 après l'opération) 5 améliorations (obs. I, II, III, VIII, IX) et un échec (obs. V).

1 ablation unilatérale d'annexe pour hématosalpinx, améliorée (obs. XI).

5 ablations unilatérales pour hydrosalpinx ou ovarites kystiques, comprenant 2 améliorations (obs. XII, XIII), 2 échecs (obs. XIV, XV) et 1 bon résultat.

1 ablation unilatérale pour annexite parenchymateuse, 1 échec (obs. XVII).

3 conservations partielles d'une annexe (trompe amputée) pour salpingo-ovarites bilatérales, avec trompe conservée purulente mais ouverte : 2 succès (malades revues 5 ans et 5 ans 1/2 après) et un assez bon résultat, la malade (obs. XIX) ayant dû subir un curettage un an après ; elle va actuellement très bien.

5 conservations de l'ovaire pour salpingo-ovarites suppurées bilatérales, la trompe la moins atteinte étant fermée : 4 succès complets (deux malades revues

5 ans et 5 ans 1/2 après, deux autres revues 4 mois et 3 mois 1/2 après); et 1 amélioration (obs. XXV), la malade ayant dû subir un curettage va actuellement très bien.

4 conservations d'un ovaire pour annexites bilatérales anciennes ou kystiques, avec deux ablations de l'utérus, 2 succès; et deux conservations de l'utérus, 2 échecs (obs. XXVIII et obs. XXIX récidive).

12 opérations pour rétroversion avec salpingites subaiguës ayant donné 1 échec, 3 améliorations et 8 assez bons résultats. Ces résultats se décomptent ainsi : pour 9 ablations unilatérales d'annexes, 7 guérisons (deux malades revues 4 mois et 1 an après, 5 malades revues de 2 ans à 5 ans après), 1 amélioration (obs. XXXIII) et 1 échec (obs. XXXVII); pour 3 conservations d'ovaire, 1 bon résultat (revue 6 mois après) et 2 améliorations (obs. XXXVI, XXXII).

2 conservations d'annexes pour hydrosalpinx unilatéral, avec rétroversion, ayant donné 2 succès (malades revues 2 ans après).

3 opérations pour annexites anciennes, une ayant fourni un bon résultat (revue 2 ans après), 1 amélioration (obs. XLIV) et 1 échec (obs. XLV).

Nous concluons de cette analyse que, *la conservation est indiquée dans les cas de pyosalpinx unilatéral et donne les meilleurs résultats (9 fois sur 10); que la conservation d'un ovaire paraît possible dans un grand nombre de cas; que l'utérus est une cause d'échecs; que la conservation donne de meilleurs résultats pour les cas suppurés circonscrits, que pour les annexites chroniques diffuses accompagnées ou*

non de rétroversion, mais que les cas suppurés diffus exposent au maximum de récidives.

En résumé, sur 46 interventions conservatrices, nous notons : 24 succès complets, 14 améliorations et 8 échecs. Ce qui montre que *le traitement a été utile à ces malades 38 fois sur 46, soit dans 82, 6 % des cas.*

En outre nous relevons 5 grossesses dont 2 ayant donné 2 enfants vivants (obs. XXX, XXIX), 2 fausses couches au deuxième mois dont nous ignorons la cause (obs. I, XL) et 1 femme enceinte de 2 mois (obs. XV), au moment de l'examen. Ce qui veut dire que *dans les ablations partielles d'annexes on peut espérer la grossesse dans 10, 9 % des cas.*

Une seule récidive s'est produite, (Ob. XXIX) ayant donné lieu à une opération itérative subie avec succès; cette malade a donné le jour à un enfant vivant, entre les deux opérations. Deux malades améliorées par l'opération, ont dû subir un curettage quelques mois après (Obs. XIX-XXV), d'ailleurs avec plein succès.

1° Les échecs

On ne peut guère en définir exactement la cause : A part l'opération itérative, 7 autres malades n'ont aucunement bénéficié du traitement conservateur ou ont eu des récidives locales sans accidents nécessitant une intervention. Parmi elles, trois récidives locales du côté opposé à l'ablation et supposé sain (Obs. XV-XVII-XXVIII); une impotente, mauvais résultat

dû vraisemblablement à de la métrite (Obs. XXXVII) ; enfin trois autres dont on ne peut pas dire la cause (Obs. XIV-V-XLV). Nous ne pouvons rien tirer de ces mauvais résultats si ce n'est que *les annexes supposées saines sont souvent malades*. Peut-être est-il permis de penser qu'une partie de ces femmes, non mariées pour la plupart, ont pu se réinfecter.

2° Les améliorations

Les améliorations tiennent à ce que la guérison des troubles locaux n'a pas été parfaite. Toutes ces malades, cependant, peuvent travailler.

La douleur persiste dans tous les cas, plus ou moins intense.

a) Il est des cas où elle nous paraît due à une récurrence locale, tout ce qui était pathologique n'ayant sans doute pas été extirpé. C'est là le principal écueil, provenant de la difficulté du diagnostic et du peu de précision des indications d'après l'anatomie pathologique. Ces cas sont heureusement peu nombreux 4 sur 14 seulement : trois fois l'ovaire privé de sa trompe est devenu douloureux (deux fois du côté de l'ablation, obs. XI-XXXII et une fois du côté opposé, obs. IX) ; dans un cas l'ovaire était gros et nettement pathologique (Obs. IX). Dans le dernier cas, les douleurs sont dues à la présence d'une trompe conservée infectée, jugée cependant assez saine pour être laissée en place.

b) Plus nombreux nous semblent les cas où la dou-

leur est due à l'utérus, soit à cause de la métrite elle-même, soit du fait d'une récurrence provoquée par la métrite (cas plus douteux).

Ce sont d'après nous, les 7 cas suivants (sur 14 cas) la malade de l'obs. VIII où l'examen montrait une rétroversion, de la douleur, de la dysménorrhée et une annexe kystique, la malade de l'obs. XII dont l'utérus gros et rétroversé s'accompagnait d'un hydrosalpinx du côté conservé ; les malades des obs. XIV et XXV qui ont toutes deux subi un curettage avec succès ; la malade de l'obs. XXXIII, qui, opérée de rétroversion, a continué à présenter des douleurs, de la dysménorrhée et des pertes rouges et blanches ; la malade de l'obs. XXXVI dont l'utérus est de nouveau rétroversé, qui a des pertes jaunes, et à qui on n'a conservé qu'un ovaire, avec l'utérus ; enfin la malade de l'obs. XLIV dont l'utérus retombé a été conservé avec un ovaire et qui a encore des pertes blanches et des douleurs.

Enfin, il est des cas où on ne peut établir sûrement à quoi sont dues les douleurs (obs. I, II, III).

En somme la métrite concomitante paraît être la cause de la persistance des troubles locaux dans la moitié des cas environ ; il en résulte que son traitement s'impose constamment et que, toutes les fois qu'on agira sur les annexes, il faudra agir aussi sur l'utérus. Ce traitement de la métrite, s'il diminue les récurrences, diminuera en outre les pertes blanches dont sont affectées la plupart des malades, même guéries, et qui sont une source d'hétéro-infection.

Quant aux troubles d'insuffisance ovarienne, ils ont été constatés rarement, et à un faible degré, nos

observations se rapportant à des malades à qui on avait conservé au moins un ovaire. Cependant nous avons constaté des signes légers chez 11 malades sur 46 (obs. II, IV, V, XVII, XXXI, XXXII, XXXIII, XXXVII, XLIV, XLV, XLVI) ; l'une, névropathe (obs. XLIV) en a accusé la disparition ; une autre (obs. XXXI) est sujette à des crises d'épilepsie et à des bouffées de chaleur la veille de ses crises. Toutes, sauf la malade de l'obs. XVII qui a des vertiges, des bouffées de chaleur et fait avec beaucoup de peine son travail, accusent des troubles légers. Toutes ces malades sauf deux (obs. IV et XLVI) ont d'ailleurs continué à présenter des troubles locaux et leur ovaire ayant évolué vers l'état pathologique, vient expliquer la raison de ces troubles.

3° Les succès

Au nombre des succès, mentionnons les deux annexites suppurées post-abortionum (obs. IV, XXXV) et le cas de bacillose annexielle (obs. XXI).

Des succès définitifs, nous ne tirerons aucune indication précise, pour l'avenir.

La conservation d'une annexe dans les annexites suppurées a donné 5 guérisons sur 15 (4 sur 10 pyosalpinx et 1 sur 5 hydrosalpinx).

La conservation de l'utérus et d'un ovaire a fourni 4 guérisons sur 5 dans des cas suppurés et bilatéraux.

La conservation d'un ovaire seul sans utérus a fourni 2 succès dans 2 cas anciens.

Il semble donc qu'on puisse recommander le plus souvent la conservation d'un ovaire, qui apparaîtra comme toujours possible aux conservateurs ; que dans des lésions moins accentuées, la conservation de l'utérus et d'un ovaire sera de mise ; enfin que la conservation d'une annexe, dans la majorité des cas de lésions jugées unilatérales, donne de bons résultats. Le caractère purulent de l'inflammation n'exclut en rien la conservation ; celle-ci semble même mieux indiquée, toutes choses égales d'ailleurs, dans les suppurations circonscrites, que dans les annexites anciennes, chroniques et diffuses.

CONCLUSIONS

I. — Quand le traitement chirurgical d'une annexite sera résolu, il faudra toujours penser à la possibilité de la conservation du maximum des fonctions de l'appareil génital de la femme.

II. — Les divers traitements conservateurs (traitement médical, colpotomie, etc..) donnent tous de bons résultats au point de vue de la conservation de la fonction. Dans les ablations partielles d'annexes, en particulier, la malade retire un bénéfice appréciable de l'opération dans 82 % des cas. Dans 11 % des cas environ, on peut espérer la possibilité de la grossesse.

III. — Les malades se rétablissent bien, ce qui s'explique d'une part, par l'ablation du foyer malade, et d'autre part, par la conservation de la glande génitale.

IV. — La laparotomie est indiquée dans les ablations

partielles d'annexes, parce qu'elle est exploratrice, et qu'elle peut traiter en même temps l'annexite et la rétroversion. Elle seule permet de s'assurer de la perméabilité des trompes et de l'intégrité apparente des annexes.

V. — Le traitement de la métrite s'impose dans la plupart des cas, soit en même temps que l'intervention soit après la guérison opératoire.

VI. — Le diagnostic des lésions est extrêmement difficile : on peut dire seulement que dans les pyosalpinx unilatéraux, bien circonscrits, l'ablation partielle donne de meilleurs résultats que dans les annexites subaiguës ou chroniques diffuses.

VII. — En l'absence de critérium anatomique, force pour nous est de donner des indications d'ordre plus général. Les récides possibles, et qu'on ne peut prévoir, font que ce traitement conservateur ne s'adressera qu'à certaines catégories de femmes :

a) Il est formellement indiqué chez les femmes jeunes qui n'ont pas d'enfants, mais voudraient en avoir.

b) Chez les femmes de la classe ouvrière ayant fait leur preuve de fécondité, chez celles surtout qui sont obligées de travailler pour vivre, les opérations conservatrices seront moins indiquées, mais pourront cependant rendre encore des services.

c) Chez les femmes âgées, proches de la ménopause,

les opérations conservatrices ne sauraient être recommandées avec insistance.

d) Dans les cas douteux, la malade elle-même doit décider du choix entre l'opération conservatrice ou radicale.

Vu :

Le Président de la Thèse,

A. POLLOSSON.

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 7 décembre 1911.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ACQUAVIVA ET ROUX. — Traitement chirurgical des salpingites (*Etude historique et clinique. Revue de chirurgie*, 1903, janvier, février, mars).
- AUDIAU. — Contribution à l'étude du traitement opératoire des annexites (*Thèse de Paris*, 1897).
- BAZY. — (*Archives générales de médecine*, juin 1891).
- BÉTRIX. — Un cas de grossesse consécutive à la guérison par ponction d'une double collection tubaire. (*Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie*, 1894, p. 252-255).
- BLAGNY. — De la salpingectomie avec ovariectomie partielle (*Thèse de Paris*, 1899).
- BOUILLY. — Des résultats éloignés de l'ablation de l'utérus (*Congrès de Berlin*, 1890).
- BOURSIER. — Opérations conservatrices dans les ovarites scléro-kystiques (*Revue de chirurgie*, 1903, p. 777).
- CANU. — Résultats thérapeutiques de la castration chez la femme. Conséquences sociales de cette intervention (*Thèse de Paris*, 1896).
- CERNÉ. — Des opérations conservatrices dans les salpingo-ovarites (*Normandie médicale*, 15 septembre 1900).
- CHAVIN. — Traitement des salpingo-ovarites par la laparotomie. Résultats éloignés d'après 135 laparotomies faites par Delbet (*Thèse de Paris*, 1896).
- COCHEZ. — De la thérapeutique conservatrice dans les opérations pelviennes (*Thèse de Paris*, 1892). Congrès français de chirurgie 1891 ; séance du 1^{er} avril.

- DELAGENIÈRE. — De la castration abdominale totale dans les affections septiques de l'utérus et de ses annexes (*Congrès français de chirurgie*, 13 octobre 1894).
- DELAUNAY. — Des opérations conservatrices de l'ovaire. Résection partielle, ignipuncture (*Thèse de Paris*, 1893).
- DELBET. — Suppurations pelviennes, 1891 (p. 335-349).
- LE DENTU. — Du traitement des affections inflammatoires des annexes de l'utérus. *Gazette des Hôpitaux*, 1892 (p. 225).
- DEVOUASSOUX. — De la conservation de l'utérus et de l'ovaire après salpingectomie double (*Thèse de Paris*, 1904).
- DEZON. — De la gynécologie conservatrice dans les affections inflammatoires pelviennes (*Thèse de Bordeaux*, 1897).
- DOLÉRIS. — *Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie* (mars 1892).
- Du même.* — *Congrès de Pau*, 1894.
- DONNET. — Résection partielle et ignipuncture de l'ovaire (*Thèse de Paris*, 1895).
- DUNCAN W. — Maladies chroniques des annexes utérines (*Société médicale de Londres*, 12 janvier 1891).
- FAURE. — Sur les opérations conservatrices des ovaires et de l'utérus dans les annexites (*Société de chirurgie*) 25 juin 1905.
- FAURE ET SIREDEX. — Traité de gynécologie médicale et chirurgicale, 1911, p. 928.
- FERRY. — Conséquences physiologiques de l'ablation des ovaires chez la femme (*Thèse de Lyon* 1908).
- FRAIPONT. — *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège*, 1894 (p. 368-387).
- Du même.* — *Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie*, novembre 1894.
- GOUILLOUD. — Deux cas de grossesse après ablation unilatérale des annexites (*Congrès français de chirurgie* 1894).
- Du même.* — De la salpingostomie *Lyon médical* 1900.
- GUÈS M^{me}. — Contribution à l'étude du traitement conservateur dans les annexites (*Thèse de Toulouse* 1902).
- HARTMANN. — *Annales de gynécologie*, avril 1895 (p. 337).
- HERRMANN. — Beitrag zur conservirenden Behandlung entzlicher Adnexer Krankheiten. *Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Stuttgart* 1900 (p. 193-237).

- ISAAC. — De la grossesse consécutive aux traitements conservateurs dans les affections inflammatoires des annexes (*Th. Paris 1895*),
Du même. — *Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie* 1895 (p. 201 à 254, 265 à 280, 313 à 320).
- JACOBSON. — (W. de St-Pétersbourg). Des résultats des opérations conservatrices pratiquées sur les trompes et les ovaires (*Revue de gynécologie et chirurgie abdominale*, juillet 1911).
- JARSAILLON. — De la salpingostomie et autres opérations conservatrices des trompes utérines (*Thèse de Lyon 1900*).
- JAYLE. — Effets physiologiques de la castration chez la femme. *Revue de gynécologie et chirurgie abdominale* 1897 (p. 403-456).
Du même. — Traitement de la salpingo-ovarite par l'ablation des deux trompes, avec conservation partielle ou totale d'un ovaire. *Presse médicale* 1899 (p. 375).
Du même. — Traitement conservateur opératoire, en un temps, des lésions inflammatoires de l'utérus et des annexes, à l'aide de la pélyscopie (*Congrès français de chirurgie* 1911).
- KATON. — Des opérations conservatrices de la trompe (*Thèse de Paris 1901*).
- LEGUEU. — Conservation des ovaires et de l'utérus dans les opérations pour annexites *Société de chirurgie* 14 juin 1905.
- MANGIN. — Traitement conservateur dans les salpingo-ovarites. *Archives de gynécologie et obstétrique* 1892 (p. 339).
- MATHIEU. — Le traitement des annexites suppurées *Thèse de Nancy 1899*.
- MONTANA. — Contribution à l'étude des résultats éloignés des opérations conservatrices des annexes *Thèse de Paris 1899*.
- MONTPROFIT. — Chirurgie des ovaires et des trompes 1903 (p. 553).
- POLACK O. — Résultats éloignés de la conservation d'un ovaire après hystérectomie. *Surgery gynecology and obstetrics*, juillet 1911 (p. 24-58).
- POLK. — *The New-York Journal of gynecology and obstetrics* (août 1893),
Du même. — *Am. J. of obst. et gyn.* (juillet 1894).
- POZZI. — De la résection et de l'ignipuncture de l'ovaire (*Revue de gynécologie et chirurgie abdominale*, 1897, p. 1-48).
- POZZI ET BAUDRON. — Laparotomie et hystérectomie dans le traitement des inflammations annexielles (*Revue de chirurgie*, août 1891).

- PY. — Avantages des opérations conservatrices dans les salpingo-ovarites (*Thèse de Montpellier*, 1909).
- RICHELOT. — Sur le traitement des suppurations pelviennes (*Congrès de Genève*, 1896, p. 214).
- ROGER. — Indications opératoires et choix de l'intervention dans le traitement des suppurations pelviennes (*Thèse de Paris*, 1900).
- ROUTIER. — *Société de chirurgie* (16 janvier 1889).
- Du même.* — Sur la castration incomplète chez la femme (*Société de chirurgie* (7 octobre 1891).
- Du même.* — Hématocèle chez une opérée à qui il ne restait qu'un ovaire (*Société de chirurgie*, 6 décembre 1905).
- DE ROUVILLE. — Considérations sur le traitement des salpingo-ovarites chroniques (*La gynécologie*, 1910, p. 409-414).
- Du même.* — Traitement des salpingo-ovarites chroniques (*Archives de gynécologie et d'obstétrique*, 1911, p. 658-662).
- SCHROBAK. — Ueber Einverleibung von Eierstocksgenebe (*Centralb. f. gyn.*, 1896, p. 521).
- SOCIÉTÉ DE GYNÉCOLOGIE DE WASHINGTON. — Discussion sur l'opportunité de conserver ou de sacrifier l'utérus lorsque les ovaires ont été enlevés, dans les cas de suppurations pelviennes (15 février 1897).
- TERRILLON. — 50 salpingo-ovarites traitées par la laparotomie (*Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 580).
- TUFFIER. — Conservation des ovaires et de l'utérus dans les opérations pour annexites (*Société de chirurgie*, 7 juin 1905).
- J. DE VÉSIAN. — Salpingites et grossesse (*Thèse de Toulouse*, 1902).
- VIDAL. — Technique et résultats de quelques opérations conservatrices des annexes de l'utérus (*Revue de gynécologique et chirurgie abdominale*, 1900, p. 81-90).
-

